

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
en cotutelle avec
UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN

LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES
DES LIENS ENTRE LA SANTÉ ET L'ENVIRONNEMENT

Vers des pratiques éducatives appropriées en matière de santé environnementale
auprès de populations défavorisées en milieu urbain

THÈSE
PRÉSENTÉE COMME EXIGENCE PARTIELLE DU
DOCTORAT EN ÉDUCATION - UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
DOCTORAT EN SCIENCES MÉDICALES - UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN

PAR
ÉTIENNE VAN STEENBERGHE

DÉCEMBRE 2011

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

en cotutelle avec

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN

LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES
DES LIENS ENTRE LA SANTÉ ET L'ENVIRONNEMENT

Vers des pratiques éducatives appropriées en matière de santé environnementale
auprès de populations défavorisées en milieu urbain

THÈSE

PRÉSENTÉE COMME EXIGENCE PARTIELLE DU
DOCTORAT EN ÉDUCATION - UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
DOCTORAT EN SCIENCES MÉDICALES - UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN

PAR

ÉTIENNE VAN STEENBERGHE

DÉCEMBRE 2011

Directeurs de thèse

Professeure Lucie Sauvé, Université du Québec à Montréal
Professeur Alain Deccache, Université catholique de Louvain

Jury externe

Professeure Joanne Otis, Présidente du jury de thèse, Université du Québec à Montréal
Professeur William D'Hoore, Université catholique de Louvain
Professeur Pascal Galvani, Université du Québec à Rimouski
Professeur Alain Vanasse, Université de Sherbrooke

*À mon père,
parti trop tôt durant l'un de mes transits belgo-québécois.*

*À ma mère,
qui a eu l'occasion de voir aboutir ce long projet. J'ose
espérer qu'elle aura la chance d'en connaître bien d'autres
encore.*

*À ma fille, Maya, que je surnomme ma « poussinette »
(petit poussin), qui s'est vue ouvrir devant elle la porte de la
vie durant ma recherche... Une vie que je lui souhaite dans
un « environnement sain ». Une vie remplie de petits et
grands bonheurs. Elle aura un peu plus de trois ans le jour
du dépôt de ma thèse.*

*À Carine Villemagne, que je n'oublie pas pour son soutien
et ses précieux conseils au début de ma thèse.*

*À tous les acteurs multiples et anonymes qui chaque jour
participent à la construction d'une société un peu plus
égalitaire.*

Remerciements

Le cheminement de cette recherche doctorale a été parsemé de défis et embûches qu'il m'a été possible de surmonter grâce à l'inspiration, à l'écoute et au support de très nombreuses personnes. En tout premier lieu, je tiens à remercier très profondément mes deux directeurs de recherche, madame Lucie Sauvé et monsieur Alain Deccache, ainsi que le professeur William D'Hoore, pour leurs apports et leur accompagnement stimulant tout au long de ce projet. Chacun à sa façon a apporté un appui inestimable et beaucoup de patience. Ils ont toujours cru en la réalisation de cette ambitieuse recherche. Ils m'ont apporté l'inspiration et la force pour poursuivre ce parcours universitaire malgré les nombreuses difficultés directement liées au terrain de cette recherche, mais aussi dues à des problèmes de vie personnelle. Au-delà de leur qualité d'encadrement, je me dois de mettre en évidence la qualité des échanges personnels avec eux tout au long de ma trajectoire de recherche ainsi que leurs côtés humains. J'ose espérer que cette thèse répondra à leurs attentes et soit un premier pas pour de nouvelles collaborations futures par exemple entre les deux universités. Cette thèse n'est pas une fin en soi, mais sans doute le début de nouveaux projets.

Je voudrais aussi remercier tout particulièrement Audrey Rollin (Projet Montréal de Médecins du Monde) pour son important soutien psychologique à un moment charnière dans mon parcours de vie. Celui-ci fut bien utile pour me donner entre autres l'énergie de terminer ce document. J'aimerais pouvoir lui dire « *j'ai réussi* » tout en lui rappelant le contenu de nos dernières rencontres. Merci Audrey ! Merci pour la vie !

Je n'oublie pas aussi de remercier toutes les personnes et organisations professionnelles qui ont manifesté leur intérêt à l'égard de cette recherche. La suite de ce projet repose sur leur apport et sur leur collaboration. Je pense entre autres à Madeleine Daoust (Maison du Partage, Pointe-Saint-Charles), et Christine Noël (Comité de la Samaritaine, Quartier de la Samaritaine / les Marolles) qui m'ont offert un accueil chaleureux dans le quartier et m'ont aidé dans toutes les démarches par leurs conseils judicieux, ainsi qu'à Daniel Harpin (Pointe-Saint-Charles) qui m'a aidé dans mes démarches pour contacter mon public cible.

Également, je remercie Marlaine Grenier pour ses conseils techniques concernant la mise en page de plusieurs tableaux et figures et Ginette Benoit pour le soutien administratif qu'elle apporte aux étudiants du doctorat.

Je tiens aussi à souligner et à remercier le soutien financier du Fonds québécois pour la recherche en sciences humaines (FQRSC) et la Fondation Desjardins ainsi que le Programme de bourses aux étudiants de doctorat de l'Université du Québec à Montréal sans lesquels ce doctorat n'aurait pas été possible.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	ii
Table des matières	iii
Liste des figures	ix
Liste des tableaux	ix
Liste des encadrés	x
Résumé	xi
 Avant-propos	 1
 INTRODUCTION	 5
 CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE	 9
1.1 Une problématique socio-écologique relative à la santé	11
1.1.1 Des conduites de santé à risque	12
1.1.2 Des problèmes spécifiques de santé	15
1.1.3 La ville, le quartier, le logement et la santé	16
1.1.4 Vers une approche structurelle	20
1.2 Une problématique éducationnelle	22
1.2.1 La caractérisation des représentations sociales comme diagnostic éducatif	23
1.2.2 Vers une approche éducative sensible aux réalités sociales et culturelles	25
1.3 L'état des recherches sur les représentations sociales de la santé, de l'environnement et des liens entre les deux	27
1.4 Les questions et les objectifs de recherche	31
 CHAPITRE II : CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE	 34
2.1 Les représentations sociales	35
2.1.1 Des éléments de définition	36

2.1.2	Des représentations aux pratiques sociales	39
2.1.3	Les approches de recherche	39
2.2	La santé	42
2.2.1	Les principales définitions de la santé	43
2.2.2	La promotion de la santé	46
2.3	L'éducation relative à la santé	47
2.3.1	Une conception de l'éducation comme processus d'autonomisation	48
2.3.2	Une clarification sémantique : Éducation « à », « pour », « relative à » la santé	50
2.3.3	Des approches éducatives	53
2.4	L'environnement	57
2.5	L'éducation relative à l'environnement	60
2.6	La santé environnementale	62
2.7	L'éducation relative à la santé environnementale	64
2.8	Les populations défavorisées	67
2.9	En synthèse	70

CHAPITRE III :2

MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	70
3.1 Identification du type de recherche	73
3.1.1 Une recherche qualitative et interprétative dans une perspective critique	73
3.1.2 Une recherche exploratoire	75
3.1.3 Une recherche de type ethnographique	75
3.1.4 Des études de cas	77
3.2 Les enjeux de la recherche	78
3.3 Les critères de validité	80
3.3.1 Les critères de rigueur scientifique	80
3.3.2 Les critères éthiques de la recherche	84
3.4 La population d'étude et les sites de la recherche	88
3.5 Une approche multi-stratégique	93
3.5.1 Des stratégies de caractérisation du contexte	93
3.5.2 Les entrevues individuelles	96

3.5.3	Les entrevues de groupes	101
3.6	Les stratégies d'analyse de données	102
3.6.1	L'analyse de contenu	102
3.6.2	L'analyse de discours	105
3.6.3	L'analyse des notes d'observation	106
3.7	La stratégie d'identification de pistes éducatives	106
3.8	La synthèse de la démarche méthodologique	107

CHAPITRE IV :

	PRÉSENTATION DES SITES DE LA RECHERCHE	110
4.1	Le quartier Pointe-Saint-Charles (Montréal, Québec)	111
4.1.1	Un quartier aux origines industrielles	111
4.1.2	La population défavorisée du quartier Pointe-Saint-Charles	113
4.1.3	Le portrait des personnes rencontrées	115
4.2	Le quartier de la Samaritaine (Bruxelles, Belgique)	123
4.2.1	Un quartier « pauvre » depuis longtemps	123
4.2.2	La population défavorisée du quartier de la Samaritaine	126
4.2.3	Le portrait des personnes rencontrées	128
4.3	Des préoccupations communes	137

CHAPITRE V :

	RÉSULTATS ET ÉLÉMENTS DE DISCUSSION	140
A.	Le quartier Pointe-Saint-Charles à Montréal	141
5.1	L'environnement : un champ représentationnel	142
5.1.1	Le quartier et sa dimension sociale	142
5.1.1.1	Le quartier comme lieu d'ancrage du « soi et des autres »	143
5.1.1.2	Le quartier : des ressources pour la communauté	150
5.1.1.3	Le quartier comme lieu d'engagement communautaire	158
5.1.2	Le quartier et sa dimension écologique	162
5.1.2.1	L'environnement « problème »	163
5.1.2.2	L'environnement « nature »	173
5.1.2.3	L'environnement « espace de vie public »	177
5.1.2.4	L'environnement « décor »	180

5.1.2.5	L'environnement « déterminant de la santé »	181
5.1.3	Les conduites environnementales	181
5.1.4	Le logement	186
5.1.5	Synthèse : Les catégories représentationnelles de l'environnement	196
5.2	Éléments de représentation de la santé	200
5.2.1	Les éléments qui caractérisent la santé	201
5.2.1.1	La santé, pivot de la vie	202
5.2.1.2	La santé comme « bien-être » ou « mal-être » physique	203
5.2.1.3	La santé comme « bien-être » ou « mal-être » psychologique	205
5.2.1.4	La santé, contraire à la maladie	208
5.2.1.5	La santé, tributaire de la qualité de l'environnement	213
5.2.1.6	La santé, tributaire des ressources financières	214
5.2.1.7	La santé, une affaire personnelle	215
5.2.2	Les conduites de santé	217
5.2.3	Synthèse : Les catégories explicatives de la santé	223
5.3	Éléments de représentation du lien entre l'environnement et la santé	226
5.3.1	La santé, tributaire de l'environnement social et communautaire	227
5.3.2	La santé, tributaire de l'environnement « problème »	233
5.3.3	La santé, tributaire de l'environnement « nature »	238
5.3.4	La santé, tributaire de l'environnement « espace de vie public »	241
5.3.5	La santé, tributaire de l'environnement « décor »	242
5.3.6	La santé, tributaire des conduites de vie	243
5.4	Conclusion	248
B.	Le quartier de la Samaritaine (Marolles) à Bruxelles	253
5.5	L'environnement : un champ représentationnel	253
5.5.1	Le quartier et sa dimension sociale	254
5.5.1.1	Le quartier : un lieu d'attachement, d'appartenance et d'histoire	255
5.5.1.2	Le quartier : des ressources et des interventions de proximité	261
5.5.1.3	Le quartier comme lieu d'engagement communautaire	272

5.5.2	Le quartier et sa dimension écologique	277
5.5.2.1	L'environnement « problème »	277
5.5.2.2	L'environnement « nature »	285
5.5.2.3	L'environnement « espace de vie public »	291
5.5.2.4	L'environnement « décor »	295
5.5.2.5	L'environnement « déterminant de la santé »	296
5.5.3	Les conduites environnementales	297
5.5.4	Le logement	299
5.5.5	Synthèse : Une typologie des représentations de l'environnement	308
5.6	Éléments de représentation de la santé	312
5.6.1	Les éléments qui caractérisent la santé	313
5.6.1.1	La santé, pivot de la vie	313
5.6.1.2	La santé comme « bien-être » ou « mal-être » physique	314
5.6.1.3	La santé comme « bien-être » ou « mal-être » psychologique	316
5.6.1.4	La santé, contraire à la maladie	318
5.6.1.5	La santé, tributaire de la qualité de l'environnement	321
5.6.1.6	La santé, tributaire des ressources financières	322
5.6.1.7	La santé, une affaire personnelle	323
5.6.2	Les conduites de santé	324
5.6.3	Synthèse : Les catégories explicatives de la santé	331
5.7	Éléments de représentation du lien entre l'environnement et la santé	333
5.7.1	La santé, tributaire de l'environnement social	334
5.7.2	La santé, tributaire de l'environnement « problème »	337
5.7.3	La santé, tributaire de l'environnement « nature »	340
5.7.4	La santé, tributaire de l'environnement « espace de vie public »	342
5.7.5	La santé, tributaire de l'environnement « décor »	344
5.7.6	La santé, tributaire des conduites de vie	345
5.8	Conclusion	346
CHAPITRE VI		
	DISCUSSION GÉNÉRALE	350
6.1	Discussion méthodologique	351

6.1.1	Des rencontres difficiles à planifier	352
6.1.2	Des obstacles à la communication	354
6.1.3	Des entrevues liées au contexte individuel	356
6.1.4	Les limites de la recherche	359
6.2	Discussion des résultats	360
6.2.1	Les représentations sociales de l'environnement	361
6.2.2	Les représentations sociales de la santé	372
6.2.3	Les représentations sociales des liens entre l'environnement et la santé	382
6.2.4	Le rapport à l'environnement privé : le logement	392
6.4	Vers des stratégies d'intervention éducative	394
6.3	Des perspectives de recherche	405
CONCLUSION		410
POSTFACE		417
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		420
APPENDICES		443
1.	Règles déontologiques liées à la recherche	444
2.	Lettre d'acceptation des participants à la recherche	447
3.	Entrevue individuelle - Guide d'entretien - Tableau de correspondance	448
4.	Retranscription d'une entrevue individuelle	454
5.	Quartier Pointe-Saint-Charles - Tableaux d'analyse Catégories et éléments de représentations sociales	486
6.	Quartier de la Samaritaine - Tableaux d'analyse Catégories et éléments de représentations sociales	500
7.	Carte du quartier Pointe-Saint-Charles (Montréal, Québec)	513
8.	Carte du quartier de la Samaritaine (Bruxelles, Belgique)	514
9.	Affiche - Population cible, Pointe-Saint-Charles	515
10.	Article paru dans le journal du quartier de Pointe-Saint-Charles	516
11.	Liste des principaux organismes oeuvrant dans les quartiers	517

12..	Relevé des principales communications et publications actuelles dans le cadre de cette recherche doctorale	519
------	---	-----

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Principaux facteurs qui influencent la santé	16
Figure 2	Cadre conceptuel	70
Figure 3	Synthèse de la démarche méthodologique	108
Figure 4	Pointe-Saint-Charles - Catégories représentationnelles de l'environnement	199
Figure 5	Pointe-Saint-Charles - Catégories représentationnelles de la santé	225
Figure 6	Pointe-Saint-Charles - Liens entre la santé et l'environnement	252
Figure 7	La Samaritaine - Catégories représentationnelles de l'environnement	311
Figure 8	La Samaritaine - Catégories représentationnelles de la santé	332
Figure 9	La Samaritaine - Liens entre la santé et l'environnement	349

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Synthèse des principaux éléments théoriques relatifs aux représentations sociales	42
Tableau 2	Logique éducative selon le modèle biomédical	54
Tableau 3	Logique éducative selon le modèle biopsychosocial	55
Tableau 4	Approches d'éducation « à », « pour », « relative à » la santé	56
Tableau 5	Critères de rigueur scientifique et critères éthiques : une synthèse	86
Tableau 6	Composition des groupes d'étude (sexe, âge, quartier)	89
Tableau 7	Données démographiques - Quartier Pointe-Saint-Charles	114
Tableau 8	Données démographiques - Quartier de la Samaritaine	126

LISTE DES ENCADRÉS

A. Le quartier Pointe-Saint-Charles à Montréal

Encadré 1	Le quartier : ancrage d'une identité partagée	149
Encadré 2	Le quartier : des ressources communautaires et lieux d'engagement	162
Encadré 3	Le logement	196
Encadré 4	Liens entre l'environnement « social et communautaire » et les catégories représentationnelles de santé	232
Encadré 5	Liens entre l'environnement « problème » et les catégories représentationnelles de santé	238
Encadré 6	Liens entre l'environnement « nature » et les catégories représentationnelles de santé	241
Encadré 7	Liens entre l'environnement « espace de vie public » et les catégories représentationnelles de santé	242
Encadré 8	Liens entre l'environnement « décor » et les catégories représentationnelles de santé	243

B. Le quartier de la Samaritaine (Marolles) à Bruxelles

Encadré 9	Le quartier : Éléments exprimant le lien d'attachement et d'appartenance	261
Encadré 10	Le quartier : des ressources communautaires et lieux d'engagement	276
Encadré 11	Le logement	308
Encadré 12	Liens entre l'environnement « social et communautaire » et les catégories représentationnelles de santé	337
Encadré 13	Liens entre l'environnement « problème » et les catégories représentationnelles de santé	340
Encadré 14	Liens entre l'environnement « nature » et les catégories représentationnelles de santé	342
Encadré 15	Liens entre l'environnement « espace de vie public » et les catégories représentationnelles de santé	344
Encadré 16	Liens entre l'environnement « décor » et les catégories représentationnelles de santé	345

RÉSUMÉ

La question des inégalités socio-écologiques en matière de santé est aujourd'hui une préoccupation majeure dans nos sociétés occidentales. Elle captive entre autres les épidémiologistes et les spécialistes en sciences sociales qui y ont consacré une abondante littérature. L'une des priorités actuelles est d'établir des programmes d'intervention auprès des populations défavorisées qui répondent aux besoins de celles-ci et qui suscitent des changements dans les conduites relatives à la santé et à l'environnement. Mais on constate que lesdits programmes d'interventions n'atteignent pas toujours les résultats escomptés.

Pour développer des interventions en promotion de la santé et en éducation relative à la santé environnementale mieux appropriées aux réalités de ces populations, il importe de s'appuyer sur une connaissance des représentations sociales au sein de celles-ci. Ces représentations, socialement construites et partagées, dépendent intimement de l'histoire, de la culture et de l'entourage social des personnes. Elles sont étroitement liées aux attitudes, aux jugements et à l'« agir ».

Dans le but de concevoir des interventions appropriées, cette recherche vise donc à caractériser les représentations sociales de la santé, de l'environnement et des liens entre les deux, chez les personnes défavorisées vivant dans deux quartiers urbains : la Samaritaine (Bruxelles, Belgique) et Pointe-Saint-Charles (Montréal, Québec). Le choix de ces deux quartiers est lié entre autres au contexte de notre recherche qui s'inscrit dans le cadre d'une cotutelle entre l'Université du Québec à Montréal et l'École de santé publique de l'Université catholique de Louvain. Mais plus fondamentalement, ce choix a trait à des critères inhérents à notre étude qui s'intéresse à des populations dépendantes de l'aide sociale, dans un milieu où l'on retrouve des problématiques environnementales importantes.

La nature de cette étude est d'ordre empirique et exploratoire. Elle s'inscrit dans le courant de la recherche qualitative et elle est de type ethnographique. Notre recherche adopte l'approche méthodologique de l'étude de cas. Elle examine un phénomène contemporain en le situant en contexte et en tenant compte de sa complexité, ce qui fait appel à de multiples sources et types d'information. L'ancrage de la collecte des données dans deux cas spécifiques permet d'explorer la phénoménographie du rapport à la santé, à l'environnement et aux liens entre les deux, au sein de deux groupes sociaux défavorisés.

La population rencontrée dans chacun des deux quartiers est composée de vingt-quatre personnes, âgées de 30 à 60 ans et vivant dans des conditions de défavorisation importantes. Entre autres, leur niveau socio-économique est très bas ; elles ont un faible niveau de scolarité ; elles habitent dans leur quartier depuis plus de cinq ans.

Après une phase d'observation visant la (re)connaissance du milieu, nous avons privilégié dans un premier temps des entrevues semi-dirigées individuelles et des entrevues de groupe auprès de personnes défavorisées afin d'accéder au registre des croyances, des savoirs, des attitudes et des valeurs de notre population cible à l'égard de la santé, de l'environnement et des liens entre les deux. Dans un second temps, à la

lumière de la littérature sur le sujet et plus spécifiquement, des propositions de l'éducation populaire, nous réfléchissons à la manière d'améliorer les interventions éducatives dans nos deux quartiers ciblés, en nous appuyant sur la caractérisation des représentations sociales de la santé, de l'environnement et du lien entre les deux, chez les populations défavorisées étudiées. L'étude des représentations sociales est envisagée comme une condition pour développer des interventions adaptées aux significations que les personnes donnent aux réalités qui les concernent.

La santé de la population ou « la santé pour tous » correspond à une valeur fondamentale de nos sociétés. Notre recherche est de nature à stimuler la discussion sur les inégalités socio-écologiques en matière de santé et à ouvrir ainsi la voie vers des perspectives d'intervention appropriées.

Mots clés :

Représentation sociale, promotion de la santé, santé environnementale, éducation relative à la santé, éducation relative à l'environnement, éducation relative à la santé environnementale, population défavorisée.

AVANT-PROPOS

Arriver à vivre, c'est aussi arriver à vivre avec les autres - Le respect de la qualité de la vie des autres faisant le respect de la qualité de vie de chacun.

[Lazarus, 2001, p.52]

Montréal, station Bérry-UQAM, le métro dégorge pêle-mêle son flot de passagers anonymes : employés de bureau, étudiants, touristes, badauds, etc. En me dirigeant vers la sortie, j'ai le sentiment d'être au cœur de la fourmilière urbaine en pleine activité. Au pied de l'escalier roulant qui mène sur la Place Émilie-Gamelin, quelques personnes tournent en rond à la recherche d'un peu de monnaie pour leur survie. Plusieurs jeunes *dealers* en quête d'acheteurs sont aussi présents.

À la sortie de ce long couloir souterrain qui l'hiver, sert de lieu refuge pour se protéger du froid « polaire » et l'été, offre un espace de fraîcheur, une statue attire mon regard. Une personne me suggère de frotter les mains sculptées et de faire un vœu. La statue d'Émilie Gamelin prend une signification toute particulière en ce carrefour social. La place qui porte son nom, au cœur de la ville de Montréal, aussi. Au 18^e siècle, madame Émilie Gamelin consacra une partie de sa vie à s'occuper de personnes en marge de la société montréalaise.

Il est 17h. Sur la place, des personnes silencieuses attendent devant un autobus aménagé pour recevoir un repas et prendre un sac de denrées alimentaires. Les distributions de nourriture dans l'espace public sont un signe visible d'une société qui compte un nombre important de personnes défavorisées et souvent exclues de toute participation à la vie publique. L'une de mes expériences de prise de contact avec cette population fut celle de ces distributions. Ces moments de rencontre sont souvent trop brefs, marqués par des paroles anodines comme « ça va ? » et souvent peu propices à élaborer une discussion plus engagée. Ces moments sont le plus souvent centrés uniquement sur le geste : on distribue, on donne, on reçoit. Mais, malgré cela, il faut admettre que de telles expériences nous confrontent directement à l'image de l'autre, à la réalité de la précarité urbaine et d'une société inégale et injuste. Elle nous rappelle que cet autre pourrait être « nous », « moi ».

Avec le temps et les expériences professionnelles variées auprès de populations « marginalisées » et défavorisées, je m'interroge de plus en plus sur le fonctionnement, ou plutôt les dysfonctionnements, de notre société qui engendrent tant d'inégalités sociales, des inégalités qui se reflètent dans l'état de santé, mais aussi dans l'environnement quotidien des personnes les plus démunies. Je me questionne sur les « modes » d'intervention et sur le « comment faire » pour amener un changement ? Depuis toujours, on connaît ces inégalités. Plus récemment, on les mesure. On tente de les expliquer. Les études épidémiologiques sur le sujet sont nombreuses. Mais, rien ne change. Pourquoi ? Pour créer les conditions d'un changement, il me semble que les questions premières devraient être : Comment accompagner ces personnes dans la prise en charge des réalités qui les concernent ? Comment les amener à prendre une part active dans les divers projets mis en place dans leur quartier ? Comment valoriser

leurs ressources personnelles et sociales dans le développement de nouvelles compétences nécessaires à l'amélioration de leurs conditions de vie ? En toile de fond, on doit s'interroger sur le choix de société dans laquelle nous évoluons.

Mon questionnement, ainsi que mon engagement social, sont sans doute en partie le résultat de mon vécu personnel, d'une éducation familiale « engagée » et d'un certain attachement à mes parents.

Mes parents ont connu la « grande guerre ». Ce fut une époque importante de leur vie. Les histoires familiales de résistance, d'engagement pour un monde meilleur et plus juste ont sans doute bercé une partie de ma jeunesse. Mon père, aux plus belles années de sa vie, était agriculteur. Un homme proche de la terre. Un homme qui m'a appris à apprécier entre autres les joies de la nature. Les aléas de l'existence ont conduit mon père à connaître une « traversée du désert ». Exproprié pour permettre la construction de la ville universitaire de Louvain-la-Neuve, sans emploi et sans allocation de remplacement, il a dû changer son parcours professionnel pour devenir employé de bureau. Cette période de transition n'a pas été facile à vivre pour l'ensemble de la famille. Par ailleurs, mon père était aussi et surtout un homme ouvert sur le monde. Une sorte d'encyclopédie humaine. Il est parti trop tôt, lors d'un de mes transits entre la Belgique et le Québec. J'aurais tant voulu discuter avec lui du cheminement des idées dans ma recherche. Ma mère, plus discrète, occupa - et occupe toujours - une place centrale. Disponible, ouverte et toujours à l'écoute. Pour elle, son potager à cultiver (même s'il est aujourd'hui très réduit), ses parterres de fleurs, ses enfants et petits-enfants, mais aussi ses petites balades... c'est la plénitude au quotidien. Aujourd'hui, je lui dois sans doute le goût de cultiver des fines herbes et des légumes sur mon balcon montréalais.

Depuis la fin de mes études secondaires, mon engagement social est bien présent. C'est l'époque où je milite activement pour plusieurs causes : droits de l'homme, solidarité, désarmement, protection de l'environnement... Toutes ces causes s'inscrivent dans la recherche d'une plus grande justice socio-écologique. Mon engagement sur le terrain social nourrit, interroge et suscite une prise de conscience pour un changement. En retour, il m'interroge sur notre manière d'être présents au monde.

Cet engagement se prolonge dans la plupart de mes expériences de vie professionnelle tant en Belgique qu'au Québec ou ailleurs : éducateur auprès de jeunes adultes multi-handicapés, travailleur humanitaire dans des situations de crise et de détresse, intervenant auprès des jeunes dans la rue, etc. Ce sera d'ailleurs au retour d'une mission humanitaire en Afrique (suite au « génocide » au Rwanda) que je me déciderai à commencer un cursus académique en santé publique, et plus spécifiquement en éducation pour la santé. Le choc de la réalité m'a donc amené à acquérir ces nouvelles compétences spécifiques d'intervention adaptées aux problèmes de santé globale, mais aussi à poser un regard différent, plus systémique, voire holistique, sur les problématiques sociétales.

En contraste avec ma jeunesse plus « campagnarde », j'ai habité plusieurs années de ma vie dans divers milieux urbains, d'abord Bruxelles, Rotterdam, Erevan, Kinshasa, Kigali, Monrovia et maintenant Montréal. Chaque ville a sa spécificité. Aujourd'hui, vivre en ville m'offre entre autres un accès aisé aux institutions culturelles et au monde

universitaire. La ville offre aussi un espace de rencontre entre différents modes de pensées, différentes « ethnies ». Un espace d'ouverture sur le monde et sur les idées. Mais, la raison première reste sans doute la vie professionnelle. Actuellement, je partage mon temps entre cette recherche doctorale et le suivi que je veux en donner, un emploi sur appel [en fonction des besoins] auprès des jeunes dans les rues de Montréal et la coordination du Réseau francophone international de recherche en éducation relative à l'environnement. Je prends aussi du temps pour vivre avec ma fille à Sherbrooke et à Montréal. C'est mon petit « rayon de soleil », ma « puce » souriante, ma « poussinette ». Elle me donne le courage d'avancer dans la vie.

Cette recherche que j'ai entreprise fait suite entre autres à la lecture d'un rapport de Santé Canada¹, ainsi que de plusieurs articles sur le « Mouvement pour la justice environnementale ». Dans le premier document, les auteurs se posent la question de l'intérêt du secteur de la santé pour les populations analphabètes et des mesures à prendre pour enrayer les effets négatifs de l'analphabétisme sur le bien-être. L'un des constats est que le faible niveau de lecture a des effets négatifs sur l'état de santé des personnes. Dans d'autres articles, Hillman (2002), Williams (1999) ou encore Helfand et Peyton (1999) abordent les inégalités environnementales et sociales et le traitement défavorable en matière de santé que connaissent les personnes les plus pauvres dans nos sociétés occidentales. Si on regarde le territoire urbain, que ce soit Bruxelles ou Montréal, il est marqué par les disparités entre les groupes sociaux. De nombreuses personnes n'ont pas toujours la possibilité de louer un logement décent et abordable. Elles se retrouvent alors le plus souvent dans des quartiers où les infrastructures sont réduites et/ou désuètes, et/ou des quartiers où se concentrent des problèmes sociaux et de santé publique. L'une des recommandations clés des auteurs consultés est de développer des stratégies nouvelles pour aider les personnes défavorisées à acquérir un plus grand contrôle sur leur vie. Si cette démarche me semble pertinente, je trouve étonnant que l'on ne recommande pas en priorité aux professionnels de se mettre à l'écoute des populations défavorisées et d'adapter les interventions et les messages en prenant directement appui sur les savoirs et les compétences de celles-ci.

Dans une approche de la santé mise en lien avec l'environnement de proximité, il est sans doute important d'accorder une place privilégiée aux personnes, de les reconnaître et les valoriser en tant qu'acteurs de changement. Dans une telle démarche, il est bon de prendre un temps d'arrêt. Un temps pour écouter la parole et tenter de saisir le ressenti des personnes défavorisées. Un temps pour mieux comprendre leurs habitudes, leurs histoires, l'organisation quotidienne de leur vie. Un temps pour rencontrer l'autre dans son altérité singulière, et le reconnaître dans sa différence. Un temps pour développer de nouvelles initiatives qui prennent appui sur l'engagement des populations concernées.

Cette recherche dans le cadre de mes études doctorales répond ainsi à certaines de mes préoccupations, à plusieurs de mes questions et s'inscrit aussi dans une démarche de développement personnel et professionnel. Elle vise à contribuer à poser un regard

¹ Santé Canada (1998). *Effets du niveau d'alphabétisme sur la santé des Canadiens et des Canadiennes - Étude de profil*. Ottawa : Publications Santé Canada, Direction générale de la promotion et des programmes de la santé.

différent et nouveau sur les inégalités socio-écologiques de santé et à envisager des pistes pour améliorer les conditions de vie des personnes concernées.

Cette recherche n'est pas une fin en soi. Elle est une porte ouverte sur un avenir collectif que nous souhaitons meilleur.

INTRODUCTION

L'environnement urbain joue un rôle prépondérant sur la santé humaine et le bien-être de tous les citoyens. Beaucoup de problèmes sociaux et sanitaires dans nos villes occidentales peuvent être vus comme la conséquence d'un environnement médiocre, de la pauvreté, du manque de cohésion sociale, etc. En agissant sur tout un ensemble de facteurs de la vie en ville, il est possible d'y « promouvoir » la santé et la qualité de vie : aménagements qui favorisent l'activité physique, accès à des logements de qualité, création d'espaces de convivialité, etc. De telles interventions pourraient s'inscrire dans le champ d'une « santé publique écologique » pour reprendre le terme de O'Neill et Stirling (2006). Elles s'inspirent de l'idée que la ville est finalement autre chose que simplement des constructions, des rues et des espaces publics. C'est comme un organisme qui vit, qui respire. Son état de santé est alors étroitement lié à celui de ses habitants (Barton et Tsourou, 2004).

Dans nos sociétés occidentales, comme ailleurs, les populations se concentrent de plus en plus dans les villes amenant souvent un phénomène de ségrégation : la pauvreté et l'abondance se retrouvent distribuées dans des espaces respectifs (Ross, 2004). En résultent des inégalités socio-écologiques en matière de santé, qui sont devenues une source majeure de préoccupation dans la plupart de nos pays industrialisés. L'importance de cette question est largement mise en relief par les responsables du secteur de la santé. Elle captive entre autres les épidémiologistes, les spécialistes en sciences sociales et humaines qui y ont consacré une abondante littérature.

L'une des priorités en matière de santé est la prévention (primaire, secondaire et tertiaire) de la maladie et des accidents en prenant un ensemble de mesures visant à en éviter le nombre ainsi que la gravité. L'effort principal consiste à intervenir sur la santé des personnes, à établir des programmes d'interventions efficaces, à susciter des changements de conduites chez des personnes à risque. La dimension de prévention primordiale, souvent oubliée, va plus loin et consiste à agir sur la source même du problème en vue de garantir des conditions de vie qui contribuent à la santé, au bien-être et à une bonne qualité de vie.

Or en dépit des diverses actions mises en œuvre par les politiques gouvernementales ainsi que les organisations de santé et de type socio-communautaire, les inégalités restent toujours au centre des préoccupations générales. Elles continuent de faire l'objet de nombreuses recherches dans diverses disciplines afin de mieux comprendre les relations entre les conditions sociales, environnementales et la santé. L'analyse de ces études montre toute la difficulté de cerner la problématique.

Notre recherche s'inscrit dans ce champ de préoccupations : elle vise à porter un regard sur le lien entre la santé et l'environnement de proximité tel qu'il est exprimé par les personnes défavorisées, en vue de contribuer au développement de stratégies appropriées d'intervention éducative en santé et en environnement.

Le premier chapitre de cette thèse décrit la problématique de recherche. Nous présentons un bilan des études sur les inégalités socio-écologiques de santé en milieu urbain. Nous soulignons ensuite le peu d'intérêt manifesté par les personnes défavorisées pour la plupart des programmes d'éducation relative à la santé, mais aussi en éducation relative à l'environnement. Nous constatons enfin la nécessité de développer des interventions éducatives qui prennent en compte les représentations de la santé, de l'environnement et des liens entre les deux.

Le deuxième chapitre est consacré aux cadres conceptuel et théorique sur lesquels s'appuie cette recherche. Le premier point présente des éléments de définitions du concept de représentations sociales ainsi que l'approche de recherche dans laquelle s'inscrira notre démarche. Les deuxième et troisième points abordent la notion de santé, de promotion de la santé ainsi que la dimension éducative qui y est associée. Nous clarifions notre positionnement en faveur d'une éducation relative à la santé, plus ample et plus inclusive qu'une « éducation à la santé » ou une l'« éducation pour la santé » ; nous en spécifions les approches et les stratégies privilégiées. Les points quatre et cinq précisent notre conception de l'environnement et celle de l'éducation relative à l'environnement. Nous identifions diverses dimensions de l'environnement. Nous verrons entre autres que dans le cadre de cette recherche, une approche psychosociale de l'environnement ne peut être séparée de la prise en compte des conditions biophysiques du milieu. Les sixième et septième points abordent le concept de santé

environnementale et d'éducation relative à la santé environnementale. Au point huit, nous signalons l'absence d'une définition consensuelle de la pauvreté. À défaut d'une signification universelle qui en rende compte, nous expliquons notre choix pour le terme de « défavorisation » qui reflète mieux la complexité de la réalité. Enfin, nous terminons ce chapitre en élaborant un cadre conceptuel pour cette recherche.

Au troisième chapitre, nous exposons les approches méthodologiques adaptées pour notre étude des représentations sociales de la santé, de l'environnement et des liens entre les deux et nous précisons les stratégies spécifiques qui ont été adoptées. Notre recherche qualitative est de nature exploratoire. Elle repose sur la posture interprétative et adopte l'approche ethnographique. Nous présentons également dans ce chapitre nos différents outils de cueillette d'informations ainsi que nos stratégies d'analyse des données. Nous clarifions enfin notre stratégie d'identification des pistes éducatives.

Le quatrième chapitre présente brièvement les deux quartiers dans lesquels nous avons ancré notre collecte de données, soit le quartier Pointe-Saint-Charles à Montréal (Québec) et celui de la Samaritaine à Bruxelles (Belgique). Il s'agit de deux territoires où la population est particulièrement défavorisée. Aussi de nombreuses problématiques de santé publique et d'environnement y sont importantes : malnutrition, tabagisme, logements humides et dégradés, terrains contaminés à proximité du bâti, pollution extérieure, etc.

La présentation de nos résultats ainsi que nos premiers éléments de discussions se retrouvent au cinquième chapitre. La spécificité de chaque territoire où nous avons ancré notre collecte de données, mais aussi notre démarche de type ethnographique, nous amènent à les exposer séparément pour chaque quartier, et à élaborer pour chacun une modélisation des liens entre la santé et l'environnement. La première partie de ce chapitre est consacrée aux résultats relatifs au quartier Pointe-Saint-Charles ; la seconde concerne le quartier de la Samaritaine.

Le sixième chapitre se centre sur la discussion générale. La dynamique des deux quartiers est abordée en mettant en évidence les points de convergence et de divergence entre ceux-ci. Au cours de ce chapitre, nous abordons les facteurs

susceptibles de favoriser ou d'entraver la mise en place de stratégies éducatives en santé environnementale qui prendraient appui sur le discours des personnes. Enfin, nous traiterons également dans ce chapitre des apports, des limites et des prolongements possibles de cette thèse.

La conclusion de cette thèse rappelle les grandes lignes de cette étude et ouvre sur de nouvelles pistes de recherche. Elle me permet également de partager ma propre expérience vécue dans la rencontre avec les personnes défavorisées. Enfin, une postface présente un retour plus personnel sur la dimension humaine de cette recherche.

Nous espérons que l'ensemble de ces travaux puisse contribuer à l'amélioration des conditions de vie des personnes concernées.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Une ville en santé crée et améliore continuellement les environnements physiques et sociaux, tout en développant les ressources communautaires qui permettent aux individus de se soutenir mutuellement pour accomplir toutes les fonctions de la vie et réaliser pleinement leur potentiel.

Hancock et Duhl, 1988 [traduction libre]

Les relations entre la santé et l'environnement ne sont pas l'objet d'une préoccupation nouvelle. Ce sont surtout les atteintes à la santé qui ont contribué à une prise de conscience de l'impact d'un environnement malsain et à une mobilisation pour la préservation et l'amélioration de l'environnement. Dans l'Antiquité, Hippocrate envisageait déjà l'influence du milieu biophysique sur les êtres humains dans son traité *Airs, eaux, lieux*. Il ne s'était pas seulement arrêté à constater d'une manière empirique l'influence des facteurs environnementaux sur la santé humaine. Il s'était également efforcé d'expliquer, avec les connaissances de son temps, la manière dont ceux-ci agissent.

Les maladies naissent les unes du régime, les autres de l'air que nous introduisons en nous et qui nous fait vivre [...] Quand plusieurs individus sont atteints en même temps par une même maladie, il faut penser que la cause est commune, et qu'elle tient à quelque chose dont tout le monde use ; et, ce quelque chose, c'est l'air que nous respirons [...] On ne saurait donc s'en prendre au régime puisque tant d'individus qui en suivent de tout à fait opposés sont atteints de la même maladie [...] Lorsque, dans le même temps, il naît des maladies de toute espèce, il est bien évident que le régime est la cause individuelle de chacune d'elles, et qu'il faut instituer un traitement opposé à la cause apparente de la maladie [...] et changer le régime.²

Aujourd'hui, la santé et l'environnement occupent un rang plus élevé que jamais dans les priorités de la communauté internationale. À titre d'exemple, la première Conférence des Nations unies sur l'environnement humain qui s'est tenue à Stockholm en 1972

² Hippocrate (1996 - Traduit du grec par Maréchaux, P.). *Airs, eaux, lieux*. Paris : Éditions Payot-Rivage, collection « Rivage poche - Petite bibliothèque », n° 174.

aborde la question de l'impact de l'environnement sur la santé publique. Mais, il faudra attendre la conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement en 1992, également connue sous le nom de Sommet de la Terre à Rio, pour qu'un des documents officiels y donne une place centrale. (Chevrier, 2007 ; Programme des Nations Unies pour l'environnement, 2007). Quelques années plus tard, lors de la conférence de Londres tenue par l'Organisation mondiale de la santé en 1999, plusieurs états s'étaient engagés à mettre en œuvre des plans d'action en santé et environnement. Cet engagement a été confirmé lors de rencontres ultérieures. C'est le cas entre autres pour la France qui a adopté un Plan National Santé Environnement. La Communauté européenne a pour sa part formulé des propositions de stratégies d'intervention en matière d'environnement et de santé. Aussi, au Sommet de la Terre à Johannesburg en 2002, un premier consortium de recherche est créé pour inventorier l'ensemble des connaissances scientifiques des impacts de l'environnement sur la santé humaine (Chevrier, 2007). Le début de ce siècle a généré un sentiment d'urgence face aux dégradations environnementales et aux conséquences sur la santé humaine (Programme des Nations Unies pour l'Environnement, 2007). Depuis les rencontres nationales et internationales sur le sujet ont été nombreuses.

Les multiples modifications apportées à notre environnement par les activités humaines ont introduit de nouveaux enjeux de santé publique et suscitent des inquiétudes particulièrement dans les milieux urbanisés : l'entassement des personnes dans des habitations, la mauvaise qualité de l'air (dont le smog), l'absence d'espaces verts, le bruit qui matérialise la présence constante des autres, les conditions de ravitaillement des villes qui font que les fruits et les légumes sont traités chimiquement pour être conservés, etc. En fait, les liens entre l'environnement urbain et la santé sont nombreux et variés. Ils constituent des enjeux majeurs puisqu'ils déterminent finalement la qualité de vie et le bien-être des personnes qui y résident.

C'est donc au coeur de la ville, en milieu urbain, que nous avons choisi d'ancrer notre recherche. Celle-ci présente un intéressant potentiel heuristique. Elle tient compte des dimensions socio-culturelle et territoriale sur lesquelles repose l'organisation des communautés. Elle est centrée sur l'étude des représentations sociales de la santé, de l'environnement et des liens entre les deux, comme rencontre de « l'intimité » biologique

et psychique de la personne avec ses appartenances sociales et écologiques. L'intérêt de se pencher sur le phénomène des représentations est que celles-ci nous informent sur le sens qu'accordent les personnes à leur santé, à leur environnement de proximité et aux liens qu'elles établissent entre les deux. La pertinence du choix de l'étude des représentations sociales réside dans l'utilité possible de cette connaissance pour l'éducation relative à la santé environnementale.

Notre recherche se centre plus spécifiquement sur le cas des personnes défavorisées en milieu urbain. Ces populations vivent dans de moins bonnes conditions environnementales (Hillman, 2002 ; Williams, 1999) et connaissent souvent un état de santé moins favorable que la population en général (Berrat, 1998). Porter un intérêt particulier au milieu de vie dans lesquels se concentrent ces populations et aller à la rencontre de celles-ci correspond à l'un des axes essentiels de l'intervention en promotion de la santé et en éducation relative à la santé environnementale.

Pour cerner notre problématique de recherche, nous l'aborderons dans un premier temps sous l'angle socio-écologique de la santé des personnes défavorisées, et plus spécifiquement nous mettrons en lumière l'influence de la ville, du quartier et du logement sur la santé de ces personnes. Dans un deuxième temps, nous présenterons la problématique sous un angle éducationnel et nous questionnerons l'apport de la prise en compte des représentations sociales dans l'action éducative. Dans un troisième temps, nous porterons un regard sur les recherches entreprises jusqu'à maintenant au sujet des représentations sociales de la santé, de l'environnement et des liens entre la santé et l'environnement. Enfin, nous terminerons ce chapitre en formulant les questions et les objectifs de cette recherche.

1.1 Une problématique socio-écologique relative à la santé

Les questions relatives à la lutte contre la défavorisation et la réduction des inégalités de santé et de bien-être sont des préoccupations partagées par bon nombre de pays. De multiples études attestent que dans nos sociétés, les populations les plus démunies sont davantage exposées aux risques sanitaires et environnementaux (Bullard, 2001 ;

Williams, 1999). Lhuillier et Cochin (1999) parlent d'une dynamique de relégations qui concentre dans de mêmes espaces urbains les populations défavorisées et les problèmes environnementaux.

Dans le contexte de crises plurielles qui traversent nos sociétés, plusieurs mouvements ont émergé dont celui pour la justice environnementale. Ce mouvement s'est formé aux États-Unis en réaction aux nombreuses inégalités environnementales et sociales, mais également en réaction aux menaces qui pèsent sur la santé publique et le traitement défavorable que connaissent les personnes les plus défavorisées (Hillman, 2002 ; Bullard, 2001 ; Williams, 1999 ; Wenz, 1988). Aussi, d'autres mouvements se sont mis en place en introduisant une nouvelle perspective aux actions de santé. Un premier mouvement a été amené par la Charte d'Ottawa (1986) sur la promotion de la santé. Cette Charte promulgue des stratégies de réduction des inégalités de la santé, notamment par la création de milieux sains, par la capacitation des personnes et des communautés, par l'engagement de politiques publiques vers la réduction de ces inégalités. Un deuxième mouvement est celui des Villes et villages en santé³ qui appelle à une participation des citoyens et des divers secteurs de décision à la création d'environnements de vie favorables à la santé et au bien-être des personnes. Les enjeux d'une territorialisation de la santé portée tant par la Charte d'Ottawa que le mouvement des Villes et villages en santé consistent à adapter le système de soins aux besoins de la population, à développer des actions qui prennent en compte les éléments du milieu de vie local comme la dimension socio-écologique et à offrir des réponses aux demandes des personnes (Raboison, 1994).

1.1.1 Des conduites de santé à risque

Appréhendé sous l'angle des conduites, le domaine de la santé ouvre à une pluralité de recours depuis les actions visant le bien-être et la prévention en passant par l'utilisation des services médicaux, sociaux et communautaires. Plusieurs études montrent que les

³ Document présentant le Réseau francophone des villes en santé de l'Organisation mondiale de la santé : www.villes-sante.com/datas/doc_pdf/presentation_RFVS.pdf

conduites à risque pour la santé sont plus fréquentes auprès des populations défavorisées et la morbidité ainsi que la mortalité sont élevées. Par exemple, c'est entre autres le développement des consommations excessives, qu'elles soient licites comme le tabac ou l'alcool, ou illicites comme les différents types de drogues (Willems et coll., 2007). Si dans un premier temps, ces conduites peuvent être vues comme une activité, un moyen de faciliter certaines relations ou d'échapper aux tensions de la vie quotidienne, progressivement elles vont exacerber les risques encourus et fragiliser davantage les personnes (Joubert, 1995). Le risque est aussi associé à une alimentation moins équilibrée, un stress important, l'exposition aux risques tels que des toxines ou des polluants dans l'environnement physique, etc. On soulignera également que les personnes de milieux défavorisés ont moins recours aux soins de santé et en particulier, aux services de prévention (Kovess-Masféty, 2001 ; Heremans et Deccache, 1997). Ce constat d'inégalités socio-écologiques en santé se trouve largement confirmé entre autres dans le rapport annuel de la Direction de la santé publique de Montréal (1998, p.15) :

les études se multiplient et un constat demeure : malgré la réduction globale de la mortalité, malgré les progrès de la médecine, malgré les politiques d'accès universel et gratuit aux services de santé et services sociaux dans bon nombre de pays industrialisés, les pauvres sont en moins bonne santé et meurent à un âge moins avancé que les riches.

Si plusieurs travaux épidémiologiques et sociologiques ont montré des dissemblances dans le recours aux services médicaux et aux soins (Moulin et coll., 2005 ; Joubert, 1995), nous pouvons cependant remarquer que la question des inégalités sociales de santé ne peut se réduire exclusivement au problème d'accès aux services de santé et de prévention, car « malgré les ressources importantes qui sont allouées, elles persistent » (Abenham, dans Leclerc et coll., 2000 p. 8). Les personnes défavorisées ne consultent pas facilement ou spontanément les professionnels de la santé et n'utilisent guère les services préventifs (Willems, et coll., 2007 ; Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté, 2002 ; Kovess-Masféty, 2001 ; Lebas et Chauvin, 1998 ; Berrat, 1998 ; Heremans et Deccache, 1997). Le seul fait d'offrir des services n'est pas en effet une garantie que les gens profiteront de ceux-ci. De même, la mise en place de certains dispositifs facilitant l'accès aux services de santé n'a pas réduit les distances aux soins et à la prévention chez les personnes défavorisées

(Joubert, 2005 ; Kovess-Masféty, 2001 ; Berrat, 1998). De nombreux experts constatent que plus la situation de « défavorisation » des personnes se prolonge, plus des attitudes comme le repli sur soi et la méfiance sont fréquentes (Kovess-Masféty, 2001). Cela a pour conséquence de rendre plus difficiles les interventions sociales et sanitaires. Les services mis en place et clairement identifiés pour les personnes défavorisées ont alors souvent pour effet de stigmatiser celles-ci (Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté, 2002). Ainsi, faire en sorte que les personnes défavorisées aient accès à des services de santé de qualité ne suffit pas à améliorer leur état de santé, car cela dépend essentiellement de facteurs extérieurs au champ de la santé.

Les facteurs associés aux conduites de santé à risque sont sans aucun doute de plusieurs ordres : psychologiques, sociaux, culturels, économiques, environnementaux, etc. (Heremans et Deccache, 1997). Laughlin et Black (1995) développent l'idée d'un « gradient de santé » qui est le résultat d'un ensemble de facteurs liés à la vie en société. Ce « gradient de santé » varie selon le contexte socio-économique et montre ainsi que certains groupes peuvent être sujets à un plus mauvais état de santé que d'autres. On peut se rendre compte alors que promouvoir la santé en se fondant uniquement sur la modification des conduites de la personne pourrait avoir peu d'impact sur les personnes défavorisées. Les conditions nécessaires - alimentation saine, logement, sentiment d'appartenance et estime de soi, etc. - pour se préoccuper d'améliorer son état de santé ne sont pas toujours réunies. Pour Berrat (1998), il semble relativement important de prendre en compte, au-delà de la disponibilité des services de proximité, les représentations que les personnes défavorisées ont de leur santé, et selon nous, sans doute, de leur environnement. Ces représentations sociales peuvent en effet apparaître comme un moteur puissant, voir indispensable dans la mobilisation autour d'enjeux comme la santé (Mougenot, 1998) et ses liens avec l'environnement. L'ajout du qualificatif de social à « représentation » implique la prise en considération du fait qu'elles sont socialement construites et partagées.

Pour Joubert (2005), les professionnels devraient aborder les questions de santé de façon transversale, c'est-à-dire en tenant compte du cadre de vie de proximité, et en collaboration avec les principaux acteurs sociaux et éducatifs concernés. Cette approche

est fondée sur le sentiment d'une imbrication des problématiques de santé, et plus particulièrement avec l'environnement. Elle s'inscrit clairement dans l'idée que « l'homme analyse mal [les phénomènes] en pièces détachées » (Kouchner, 1998, dans Lebas et Chauvin, 1998).

1.1.2 Des problèmes spécifiques de santé

Plusieurs professionnels de la santé (Hendrick, 2001 ; Van Den Berg, 1999) estiment que certaines pathologies, telles que la tuberculose, le saturnisme, les troubles nutritionnels ou encore certaines affections cutanées, peuvent être perçues comme le reflet d'un environnement « malsain ».

Dépistage du saturnisme, intoxication au monoxyde de carbone, affections liées à l'humidité... sont encore des problèmes auxquels la Maison médicale [dans un quartier populaire de Bruxelles] est régulièrement confrontée. Au-delà de « soigner », les pathologies, les intervenants doivent faire tout un travail d'accompagnement des personnes... Quand on soignait les tuberculeux, ils récidivaient. En les visitant chez eux, on se rendait compte que leurs conditions de vie dans les gourbis étaient propices aux bacilles de Koch... (Van Den Berg, 1999, p.17)

Malgré la résurgence de diverses maladies que l'on croyait éradiquées, la plupart des pathologies rencontrées au sein des populations urbaines défavorisées sont comparables à celles rencontrées dans la population en général. Elles sont toutefois souvent aggravées par ce que plusieurs auteurs désignent comme un « décor pathologique » spécifique (Farge-Bancel et coll., 1997 ; Le Bihan et coll., 1996) qui intègre un ensemble de facteurs environnementaux et sociaux, tels que les conditions de vie des personnes (environnement biophysique malsain et habitudes de vie telles que le tabagisme ou la malnutrition) et le manque d'intégration sociale qui entraîne l'isolement. En d'autres termes, les incidences de la maladie sont en moyenne plus élevées dans cette catégorie de la population que dans d'autres. La plupart de ces personnes connaissent par ailleurs une dégradation statutaire : d'une part, elles ne bénéficient d'aucune reconnaissance, par exemple à travers un emploi ; d'autre part, le bénéfice de l'aide sociale concrétise la dépendance, altère leur identité et marque l'ensemble de leurs relations avec autrui (Chauvin et Parizot, 2005 ; Parizot, 1998).

Comme on le voit, l'impact sur la santé des mauvaises conditions de vie découlant de la pauvreté est mis en évidence dans la littérature. Il est de plus en plus reconnu aujourd'hui que l'état des villes et des quartiers peut avoir une influence majeure sur la santé de ses habitants (Barton et Tsourou, 2004). Il en est ainsi pour le quartier Pointe-Saint-Charles à Montréal (au Québec) et le quartier de la Samaritaine à Bruxelles (en Belgique), où nous ancrons notre recherche. Nous présenterons ces deux quartiers au chapitre 4.

La figure 1 identifie les principaux facteurs qui influencent la santé, ainsi que certaines inter-relations entre ceux-ci.

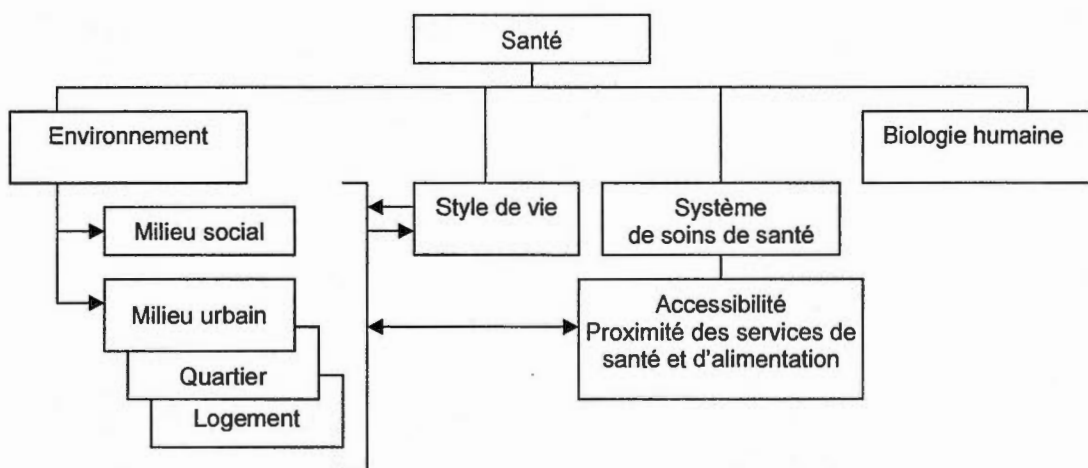


Figure 1 : Principaux facteurs qui influencent la santé - Inspiré de Lalonde (1974)⁴

1.1.3 La ville, le quartier, le logement et la santé

Comme nous l'avons signalé auparavant, la relation que chaque personne entretient avec son environnement est associée à diverses problématiques, selon la nature et l'étendue de l'espace concerné. Plusieurs types d'habitats impliquant des aspects

⁴ Dans Barton, H. et Tsourou, C. (2004), *Urbanisme et santé – Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants* (p. 8). Rennes : Association internationale pour la promotion de la santé et du développement durable - S2D.

physiques, sociaux ou relatifs à l'hygiène et à la santé peuvent être mis en évidence (Moser et Weiss, 2003 ; Fischer, 1997) : que ce soit la ville, le quartier, la rue, le logement, il s'agit d'autant d'espaces de vie spécifiques et imbriqués les uns dans les autres qui peuvent avoir une influence sur la santé, le bien-être et la qualité de vie des personnes défavorisées. La ville ne constitue pas un espace spatialement et socialement homogène de sorte que les gens qui vivent dans certaines régions urbaines sont en meilleure santé que d'autres. En fait, les régions urbaines sont souvent le reflet des gens qui y vivent (Institut canadien d'information pour la santé, 2006.b) comme elles déterminent en retour les conditions de santé. Les régions urbaines peuvent alors être appréhendées comme des espaces qui vivent et qui respirent. L'état de « santé » des villes est alors étroitement lié à celui de ses habitants (Barton et Tsourou, 2004).

À l'échelle du quartier urbain, il ne paraît pas toujours facile de comprendre les nombreuses interactions entre les facteurs individuels et environnementaux qui influencent la santé. Les caractéristiques du milieu peuvent varier d'un quartier à l'autre dans une même région urbaine. La combinaison des aspects sociaux et physiques d'un quartier et des logements qui s'y trouvent façonne ce milieu de vie et conditionne la vie quotidienne et la santé des personnes qui y habitent (Vlahov et coll., 2004). C'est ainsi que lorsqu'on demande à certaines personnes de décrire leur quartier, elles le caractérisent parfois en évoquant les différentes caractéristiques sociales mettant l'accent sur l'interdépendance et la solidarité. Plusieurs recherches font ressortir que ces dimensions jouent un rôle dans la promotion d'une bonne santé et sont reliées à des résultats et à de meilleures conduites de santé (Kawachi et coll., 2002).

On peut aussi mettre en évidence l'influence de l'aménagement et de l'organisation spatiale des quartiers. La disponibilité et l'accessibilité des services, ainsi que divers aspects relatifs aux transports entre les quartiers, mais aussi à l'intérieur d'un même quartier, semblent avoir un impact sur la santé et le bien-être des personnes (Barton et Tsourou, 2004).

Dans le même sens, le rapport de l'Institut sur la santé de la population canadienne intitulé « Améliorer la santé des Canadiens : promouvoir le poids santé » (2006.a) montre que diverses caractéristiques de nos milieux sociaux et physiques peuvent

influencer nos choix en matière d'alimentation et d'activités physiques et avoir ainsi un impact sur notre santé. À Montréal, Bertrand (2006, 1989) a notamment mis en évidence le problème d'accès à une moins grande variété d'aliments, de moindre qualité et souvent à des prix plus élevés dans les quartiers défavorisés. La population ne dispose pas d'un approvisionnement adéquat à une distance de marche. Cette dégradation de l'approvisionnement alimentaire dans les quartiers urbains les plus pauvres est relatée dans la littérature (Institut canadien d'information sur la santé, 2006.a ; Bertrand, 2006 ; Eisenhauer, 2001 ; Le Bihan et coll., 1996 ; Dawson et Kirby, 1980). En Angleterre, l'expression « Food desert » est largement utilisée pour décrire l'abandon des secteurs défavorisés par les grandes surfaces d'alimentation. Cette moindre qualité de l'alimentation en milieu défavorisé semble avoir des conséquences sur les comportements en matière d'alimentation des habitants de ces quartiers (Le Bihan et coll., 1996), mais aussi sur leur état de santé (Bertrand, 2006, Eisenhauer, 2001). En effet, plusieurs études pointent la consommation d'aliments sains comme facteur préventif de nombreux problèmes de santé tels que les cancers, l'obésité et les maladies cardio-vasculaires (Cox et coll., 2000 ; Ness, 1997 ; Steinmetz, 1996), et encouragent la consommation de fruits et légumes frais (Guide alimentaire canadien, 2007).

Également du point de vue du développement social, les quartiers les plus défavorisés souffrent d'inégalités dans leur aménagement (Bertrand, 2006). Le manque de proximité des services et d'espace de loisirs ainsi que les problèmes d'accessibilité et d'abordabilité pourraient aussi être associés à divers problèmes de santé. Entre autres, les transports publics ne semblent pas appropriés aux besoins des personnes vivant dans ces quartiers (Bertrand, 2006).

Wilson (2004) montre un lien entre l'état physique d'un quartier et l'état de santé autodéclaré. Les personnes qui indiquaient être les plus insatisfaites de l'environnement physique de leur quartier étaient aussi plus enclines à souffrir d'un ou de plusieurs problèmes de santé chroniques. Notons également que plusieurs recherches établissent un lien entre le sentiment d'insécurité des personnes et un environnement « désordonné » comme la présence de terrains vagues, des espaces semi-publics désertés et/ou des habitations abandonnées (Simeone, 2002).

Aussi, des variations de conduites relatives à la santé ont pu être mises en évidence. Les personnes vivant dans les quartiers les plus défavorisés sont moins susceptibles d'être actives physiquement et ont tendance à déclarer plus souvent être fumeurs et consommer de l'alcool (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003).

Nous noterons cependant que si les recherches montrent l'existence de liens entre le niveau d'aisance d'un quartier et ses effets positifs sur la santé, il n'est cependant pas toujours facile de bien comprendre cette relation en raison des nombreuses interactions entre les facteurs individuels et environnementaux.

En ce qui concerne le logement, l'Organisation mondiale de la santé (2001, 1999) rapporte qu'il s'agit d'une des conditions qui déterminent la qualité de vie dans nos sociétés. La qualité du logement aurait davantage d'impacts sur la santé que les services de santé. Les conditions de logement ont une grande influence sur le bien-être et la santé des personnes, non seulement comme cadre de vie quotidien, mais aussi parce qu'elles contribuent à donner un sentiment de contrôle sur les circonstances de la vie (Lefebvre, 2002 ; Thomson, 2001 ; Dunn et Hayes, 2000).

Plusieurs recherches ont pu mettre en évidence des liens entre l'état de santé physique ou mental ainsi que l'état de santé autodéclaré et le sens que les personnes donnent à leurs domiciles ainsi que leur niveau de satisfaction de celui-ci (Dunn et Hayes, 2000). Ces études mettent en association la qualité physique du logement et la santé. C'est ainsi qu'un logement exigü et en mauvais état a des effets néfastes sur la santé (Lefebvre, 2002 ; Jackson et Roberts, 2001). Les facteurs de risques liés à la qualité du logement peuvent être le plomb, la fumée de tabac ambiante, la poussière, l'humidité et la moisissure, l'état général même de l'habitation, etc. (Hwang et coll., 1999). Les connaissances actuelles sur les problèmes de santé associées aux conditions de logements permettent d'identifier en particulier l'asthme et les autres difficultés respiratoires, les réactions aux moisissures et aussi celles qui sont causées par des agents chimiques, les traumatismes, les problèmes cardiovasculaires et de santé mentale (Institut canadien d'information sur la santé, 2006.b ; Norman et Simard, 2001 ; Hwang et coll. 1999). Aussi, la vie dans un logement surpeuplé peut-être un facteur de

risque relatif à la santé, comme la propagation des infections, des troubles mentaux et, ou de violence (Evans et coll., 2003).

Par ailleurs, les études montrent que les logements qui nécessitent le plus de réparations ont tendance à être occupés par les personnes les plus défavorisées (Lefebvre, 2002) et à se situer dans des quartiers habituellement plus dégradés (Engeland et coll., 2005). De plus, ces personnes dépensent généralement une plus grande proportion de leur revenu pour se loger. La santé individuelle est alors influencée, car la proportion du revenu disponible pour les autres dépenses comme la nourriture et l'accès à certains soins en est réduit (Lefebvre, 2002). Les relations entre le logement, la santé et le revenu restent cependant de nature complexe (Institut canadien d'information sur la santé, 2006.b).

1.1.4 Vers une approche structurelle

Nous nous sommes penchés sur les aspects de l'espace urbain influençant la santé à l'échelle du quartier, de la rue, du logement ainsi que sur d'autres facteurs spécifiques qui entrent en jeu en matière de santé. Nous avons abordé les liens entre l'état de santé et les dynamiques sociales. Tel que signalé, les liens entre les conditions du milieu et la santé constituent un domaine de recherche en émergence.

Notre analyse de la littérature met en évidence que les populations défavorisées en milieux urbains constituent un « groupe à risque ». Lhuillier et Cochin (1999) observent que la plupart des conduites défavorables en matière de santé et d'environnement ne semblent pas nécessairement et prioritairement associées à une mauvaise connaissance des dangers. Dans leur recherche sur les risques sanitaires liés entre autres aux déchets, ils mettent en évidence que les préoccupations environnementales apparaissent comme secondaires quand la situation sociale personnelle ou locale est marquée par une précarité extrême.

Aborder la situation sous l'angle structurel nous amène à devoir envisager entre autres une large gamme de situations d'ordre matériel et psychosocial ainsi que les conditions

de vie et d'habitat. Bien que les conditions de vie se soient améliorées dans nos sociétés occidentales au cours des dernières années, notre analyse de la littérature met en évidence que les populations défavorisées en milieux urbains constituent encore un « groupe à risque ». Comme nous l'avons signalé auparavant, ces personnes sont souvent confrontées à des conditions de vie moins saines que les personnes ayant un statut social plus élevé (Willems et coll., 2007 ; Lhuillier et Cochin, 1999). Nous avons également mentionné dans les pages précédentes que souvent ces personnes avaient un habitat peu sain avec peu d'espace de vie, situé dans des quartiers peu sûrs et offrant moins de possibilités de loisirs. Aussi, leur manque de moyens financiers fait obstacle à une alimentation saine et rend souvent plus difficile l'accès à certains soins (Willems et coll., 2007).

Nous avons vu également qu'il y a également un ensemble d'éléments non matériels qui influencent l'état de santé de ces personnes. À titre d'exemple, le stress lié entre autres à l'ennui ou aux problèmes financiers joue un rôle important sur la santé mentale et physique (Willems et coll., 2007 ; Kovess-Masféty, 2001). Dans leurs espaces de vie, les personnes défavorisées sont souvent exposées aux déchets, aux nuisances sonores, aux poussières (Willems et coll., 2007).

Approcher la problématique des inégalités socio-écologiques de santé sous l'angle structurel contribue à l'élaboration et la mise en place de mesures sociales, économiques et politiques qui visent à réduire ces inégalités et à améliorer la santé et le bien-être des personnes défavorisées. À titre d'exemples, nous citerons la mise en marché de logements accessibles, une réglementation contre l'insalubrité des logements, diverses formes d'aide pour faciliter un retour au travail, un réaménagement urbain, la création d'entreprises locales de réinsertion sociale, etc. De telles initiatives ne sont pas nécessairement centrées sur les individus eux-mêmes (Willems et coll., 2007) et agissent prioritairement sur les facteurs qui influent sur la santé. Elles s'inscrivent dans une démarche de promotion de la santé qui va au-delà des soins de santé et qui a pour but l'élaboration de politiques financières, sociales et environnementales visant un mieux-être des personnes, la création d'environnement favorable à la santé, la réorganisation des services sanitaires, etc.

1.2 Une problématique éducationnelle

Face aux inégalités socio-écologiques en matière de santé, la recherche tend à apporter des réponses et à orienter les solutions. Celles-ci peuvent être de nature structurelle comme nous l'avons mentionné ci-dessus. D'autres types de solutions existent, comme les programmes d'intervention auprès des personnes défavorisées dans le contexte des organismes communautaires et institutions locales de santé.

La littérature concernant les programmes d'intervention montre l'intérêt d'agir auprès des populations défavorisées de nos sociétés. Les interventions ont souvent des objectifs spécifiques de prévention. Or, comme nous l'avons signalé précédemment, l'état de santé des personnes défavorisées est influencé par tout un éventail de facteurs qui interagissent ensemble. Des décisions qui ne tiennent pas compte du lien entre la santé et l'environnement risquent dès lors d'être inadéquates. Une intervention ne doit pas se limiter au seul secteur de la santé ou de l'environnement, mais elle doit englober divers domaines et s'inscrire dans une logique globale de promotion de la santé, incluant la dimension éducative.

Signalons que notre recherche a trait à la prévention primordiale et primaire auprès des personnes défavorisées dans deux quartiers urbains. La prévention primaire regroupe toutes les interventions qui peuvent simultanément ou non viser la suppression d'un risque de maladies et/ou d'accidents - situation de problème à éviter - ou le maintien et l'amélioration d'une situation actuelle - santé satisfaisante à protéger - (Mercenier, 1999). La prévention primordiale vise quant à elle à empêcher l'apparition de facteurs prédisposants. Elle remonte plus en amont que la prévention primaire (Bury, 1988) et se vit au quotidien. Elle interroge sur le rapport au monde de la personne, sur sa relation nécessaire aux autres, sur son insertion inévitable dans un contexte social et culturel. Elle ne se focalise donc pas spécifiquement sur la notion de risque, ni sur la culpabilisation des personnes. Notre recherche s'inscrit dans une perspective de promotion et d'éducation en matière de santé et d'environnement et s'intéresse tant à la prévention primordiale qu'à la prévention primaire. Il s'agit de promouvoir une démarche qui vise l'accompagnement des personnes dans une perspective de prévention.

1.2.1 La caractérisation des représentations sociales comme diagnostic éducatif

Le monde de l'éducation a subi des transformations. D'une part, son expansion et d'autre part sa diversité apportent de nouvelles dimensions susceptibles d'introduire des problématiques plus larges que celles qui avaient cours antérieurement (Garnier et Rouquette, 2000), faisant ainsi appel à des démarches qui tiennent compte de la complexité. On parle de nouvelles perspectives qui ancrent l'éducation dans d'autres terrains (Garnier et Rouquette, 2000) comme celui d'une éducation relative à la santé, à l'environnement et, ou à la santé environnementale et également dans d'autres contextes que celui de l'école. Il y a ainsi des formes de savoirs situées au cœur des dynamiques sociales qui font appel à des pratiques éducatives non formelles (Garnier et Rouquette, 2000). Notre recherche s'inscrit dans ce contexte d'éducation non formelle, c'est-à-dire une éducation qui n'est pas sanctionnée par une institution éducative.

Comme Duhaime (1987), Cimon (1994) et Berrat (1994), Gaudreau (2000) constate que la question des représentations sociales est restée très peu explorée dans l'univers des pratiques éducatives. Les intervenants éducatifs et sociaux ignorent les constructions sociales des populations concernées. Or, il faut d'abord connaître la représentation sociale de l'objet d'intervention pour pouvoir concevoir des pratiques éducatives appropriées. C'est ce que Moscovici (1986, p. 69) exprime comme suit :

Pour amener quelqu'un à réagir à une nouvelle information, il n'est point besoin de la lui administrer à haute dose, ni de « rectifier » sa pensée. Tout ce qu'il faut, c'est de la relier en modifiant la représentation de l'objet auquel elle se rapporte.

En éducation relative à la santé, tout comme en éducation relative à l'environnement ou en éducation relative à la santé environnementale, une partie de l'explication de la faible prise en compte des représentations sociales réside dans le fait que la théorie des représentations sociales se heurte aux théories et modèles comportementaux déjà bien établis (Gaudreau, 2000). La vigueur de ces derniers répond à des enjeux de santé à promouvoir, de maladie à contrer ou à prévenir, de vie à sauvegarder. En ce sens, plusieurs auteurs posent les changements de comportements comme objectif central d'une éducation pour la santé (Rochon, 1988 ; Geur et Roosen dans Mercier et Delville, 1988, p. 11), mais aussi d'une éducation à la santé environnementale.

[L'éducation pour la santé], c'est faciliter l'adoption des comportements des dirigeants, des intervenants et de la population par des expériences, des apprentissages complémentaires pour améliorer la santé de l'individu ou de la collectivité (Rochon, 1988, p. 11)

Cependant, il faut reconnaître que les approches éducatives comportementales n'appellent pas des pratiques d'intervention ajustées à la globalité et à la complexité de l'être humain (Gaudreau, 2000), et tenant compte du contexte social. Il s'agit le plus souvent d'une réalité en dehors du sujet, proposée par des professionnels et sous l'angle d'indicateurs de santé. Le plus souvent les professionnels de l'éducation pour la santé, tout comme ceux de l'éducation relative à l'environnement mettent en place des programmes d'interventions qui ne s'appuient pas toujours sur les réalités vécues par les personnes concernées. Souvent, les intervenants ne prennent pas en compte la subjectivité, la vision du monde des personnes, les conditions de vie de celles-ci. Pourtant, les obstacles susceptibles d'être engendrés par la non-prise en compte des représentations des personnes ciblées semblent bien réels. En négligeant ces représentations, le professionnel risque d'être confronté entre autres à trois types de problèmes : des malentendus générés par une mauvaise compréhension de certaines informations, un décalage entre les attentes et les solutions proposées et des problèmes d'adhésion au projet.

Gaudreau (2000) mentionne que l'apport du champ psycho-sociologique des représentations sociales en éducation relative à la santé contribuerait à proposer des manières de concevoir l'action éducative qui s'inspirent de ce que nous enseigne la connaissance des représentations sociales de notre public cible. Les représentations sociales pourraient ainsi servir de points de repère pour l'élaboration d'approches éducatives plus appropriées.

Actuellement, bien peu de chercheurs défendent l'importance d'accorder une grande place aux représentations sociales dans l'élaboration de pratiques éducatives en relation avec la santé. Pourtant, Gaudreau (2000) fait remarquer que la mise en place d'interventions éducatives en santé qui tiennent compte des représentations exprimées par les personnes permettrait peut-être de développer des conduites de santé mieux intégrées à la vie individuelle et collective.

La clarification du rapport entre la santé et l'environnement a été jusqu'ici peu explorée en tant que champ de pratiques collectives. La prise en compte de ce rapport pourrait pourtant contribuer à permettre l'expression de la population jusqu'alors peu entendue et à améliorer des pratiques professionnelles afin qu'elles répondent aux besoins de ces populations (Joubert, 1995). La démarche de notre recherche vise justement à redonner la parole aux personnes concernées et favorise ainsi le croisement de leurs points de vue avec ceux des professionnels et des associations qui interviennent dans des quartiers urbains. Nos choix vont dans le sens d'une approche éducative relative à la santé, à l'environnement et à la santé environnementale, centrée sur la pleine participation des personnes. Le domaine de la santé, appréhendé sous cet angle, peut être considéré comme ouvrant la voie à une pluralité de recours possibles depuis les actions visant le bien-être, la prévention, l'éducation, l'usage des services de santé publique jusqu'au recours à des services sociaux et communautaires.

1.2.2 Vers une approche éducative sensible aux réalités sociales et culturelles

Pour Richard (2004, dans Chauvin et coll., 2005), tout approfondissement des connaissances sur les inégalités sociales de santé apparaît essentiel pour renseigner sur les réalités sanitaires et sociales à l'échelle locale. En ce sens, il apparaît donc nécessaire d'élargir le champ de la recherche aux populations défavorisées, entre autres en menant des travaux sur les attitudes, les représentations et les conduites en matière de santé (Chauvin et coll., 2005) en lien avec l'environnement. Ces recherches doivent être réalisées avec un grand souci éthique et être accompagnées d'interventions éducatives pour la santé - mais également relative à la santé environnementale - qui respectent au mieux les personnes dans leurs difficultés (Le Bihan et coll., 1996) et prennent en compte le contexte social et culturel. La prise en compte des spécificités du groupe social et l'étude des représentations des personnes en matière de santé et d'environnement permettraient ainsi d'identifier plus précisément les problèmes vécus et les besoins. Une telle approche mettant l'accent sur les dimensions sociale, éducative et culturelle serait complémentaire à l'approche structurelle présentée auparavant. Si l'approche structurelle se concentre sur les conditions de vie, l'approche éducative et

culturelle met l'accent sur la personne et étudie l'influence du savoir, des attitudes, des valeurs, des comportements et du style de vie sur sa santé et son environnement quotidien.

Il est souvent supposé que le comportement et le style de vie d'une personne relèvent d'un choix personnel. Pourtant, le comportement est aussi la résultante du contexte social dans lequel la personne vit. Les conduites en matière de santé et d'environnement ne vont donc pas dépendre entièrement d'un libre choix, mais elles trouvent aussi leur origine dans le contexte social et culturel. Elles sont le résultat des connaissances, perceptions, attitudes et valeurs. Par exemple, les habitudes alimentaires d'une personne ne dépendent pas seulement de ses connaissances en matière de nourriture, mais aussi des aliments disponibles et de ses moyens financiers pour accéder à une alimentation saine (Willems et coll., 2007). Les normes culturelles sont également associées aux conduites de santé. Si peu d'intérêt est accordé à l'état de santé, on sera moins enclin à adopter un style de vie plus sain. Par ailleurs, des caractéristiques comme le sentiment d'un manque de contrôle déterminent les relations de la personne avec son environnement. Un tel sentiment d'impuissance réduit la volonté et la motivation de la personne à affronter ses problèmes. (Willems et coll., 2007)

Chaque personne est en interaction étroite avec l'environnement physique et social dans lequel elle vit. Elle agit en fonction de son groupe social d'appartenance, de sa culture - elle-même relié à son cadre de vie et à une certaine territorialité (quartier, rue, logement). Il s'agit bien d'un enjeu majeur de santé publique et plus spécifiquement de promotion et d'éducation relative à la santé environnementale. Toute intervention éducative devrait viser à développer le pouvoir-faire des personnes à entreprendre des actions pour améliorer leur milieu de vie. Clarifier les représentations sociales avec les acteurs pourrait constituer une plus-value d'un point de vue pratique, notamment pour le développement de stratégies efficaces qui viseraient l'amélioration de leurs conditions de vie.

1.3 L'état des recherches sur les représentations sociales de la santé, de l'environnement et des liens entre les deux

La plupart des recherches sur les représentations sociales s'articulent autour de l'idée que le sens collectif existe et qu'il se distingue des représentations scientifiques. Comme nous le verrons au chapitre suivant, les représentations traduisent la nature des relations que les personnes entretiennent avec leurs univers social, culturel et historique. Ils nous paraient d'autant plus important d'y porter intérêt que la santé et l'environnement sont devenus des objets de valeur et de préoccupation essentiels et dominants dans nos sociétés.

Au sujet des représentations sociales de la santé, très peu d'études ont été menées jusqu'ici. Pourtant, la santé est considérée comme un objet particulier pour l'étude des représentations sociales ; en effet, nos représentations de la santé mettent en relation notre vision du biologique et du social (Herzlich, 2005, 1975 ; 1992). Notre rapport à la santé renvoie donc à une interrogation qui dépasse largement le diagnostic établi par un professionnel. Par exemple, une mauvaise santé peut être imputée à la société lorsqu'elle est associée à un mode de vie urbain « malsain » dû à l'air pollué de nos villes, dû au bruit ou dû au rythme de vie.

Les recherches entreprises sur les représentations sociales de la santé sont essentiellement articulées avec celles qui concernent la maladie. De telles recherches répondent au besoin de mieux appréhender la santé.

Étudier les représentations sociales de la santé et de la maladie, c'est observer comment cet ensemble de valeurs, de normes sociales et de modèles culturels est pensé et vécu par des individus de notre société, étudier comment s'élabore, se structure, logiquement et psychologiquement, l'image de ces objets sociaux que sont la santé et la maladie.

(Herzlich, 2005, p. 13-14)

Les résultats des recherches de Herzlich montrent une conception pluraliste de la santé. Selon celle-ci, il existe des « *santés* » qui peuvent donner lieu à trois catégories (Herzlich, 2005, 1975 p. 80) :

- *la santé comme vide* est un état défini par l'absence de maladie. Cette notion rappelle que l'individu n'a pas conscience de son corps tant que rien ne vient le troubler. C'est un état neutre.
- *la santé comme réservoir* [fond de santé] englobe la robustesse, la force, la résistance aux maladies. Ce sont toutes les caractéristiques biologiques de la personne qui lui viennent de sa constitution organique et, ou ce dont elle a hérité.
- *la santé comme équilibre* amène l'idée de bien-être psychologique et physique. Il s'agit essentiellement d'une expérience autonome et personnelle. C'est la santé réelle, celle qui fait figure de valeur à laquelle on aspire.

Au regard de ces observations, Herzlich (2005, 1975) peut mettre en évidence deux cadres de référence pour appréhender la santé. Le premier est organique et le second est d'ordre comportemental ou psychosocial. Le cadre organique correspond aux deux premières formes de santé citées ci-dessus et entraîne une définition plutôt centrée sur la maladie : absence de maladie ou résistance à la maladie. Le cadre comportemental ou psychosocial insiste davantage sur la relation de l'individu avec le milieu, avec son environnement.

Cette étude menée par Herzlich est présentée comme une étude classique sur la conception de la santé dans la perspective du sujet, mais aussi comme l'une des études les plus instructives sur la fonction et la construction sociale de la santé profilée à la maladie (La Rosa, 1998 ; Flick, 1992 ; Mercier et Delville, 1988).

S'inscrivant dans le prolongement du travail de Herzlich, Pierret (1984) prend néanmoins quelques distances avec cette première typologie des représentations de la santé en trois catégories. À partir d'une centaine d'entretiens non directifs, Pierret retient quatre « formes de santé » résumées sous les termes « santé-maladie », « santé-instrument », « santé-produit » et « santé-institutions ». La « santé-maladie » ne serait pas seulement l'absence de maladie, mais tout le rapport social que l'individu entretient avec la maladie ; la « santé-instrument » ne recouvrirait pas exclusivement le « fond de santé », mais concevrait le corps comme un instrument donnant la capacité à agir, mais surtout la capacité à travailler ; la « santé-produit » correspond à une santé résultant en partie de comportements individuels sains, tandis que la « santé-institutions » fait de la santé

individuelle le résultat de la santé publique en soulignant le rôle des institutions. Comme on le constate, cette classification n'est pas un simple complément et approfondissement des types initiaux amené par Herzlich. Pierret a utilisé un échantillon plus diversifié socialement.

D'autres travaux, comme ceux menés par D'Houtaud (1998), ont permis de distinguer une pluralité de représentations de la santé auprès des personnes ayant un emploi dans la région de Nantes en France. À la question « qu'est-ce que la santé ? », les réponses les plus fréquentes qu'il obtient sont : « ne pas être malade » et « avoir la pleine forme ». D'Houtaud (1998) met ainsi en évidence un premier registre de représentations de la santé en lien à la maladie, un deuxième centré sur le bien-être physique et le bien-être global, un troisième qui fait référence à l'idée de la prévention et un quatrième centré sur la valeur de la santé. Le chercheur montre aussi que la notion de santé varie suivant le statut social des personnes. L'une des variables discriminantes des représentations de la santé est la catégorie socioprofessionnelle. Il remarque entre autres que les populations les plus aisées (cadres) accordent une grande importance à la santé vue comme un équilibre. La notion de santé rejoint chez une majorité de ces sujets les conseils véhiculés dans les campagnes de prévention et exprime une capacité ressentie à intervenir sur leurs habitudes de vie et leur environnement. Le stress, vécu comme obstacle à la santé, est indirectement désigné. Les expressions « une vie sans contrainte » et « profiter de la vie » correspondent à l'image inverse de la tension du lieu de travail. La santé revêt également une notion plus subjective : « être bien dans sa peau ».

Les recherches dans le monde anglo-saxon mettent en relation les croyances, les attitudes et les informations concernant la santé et la maladie avec les comportements spécifiques aux soins et à la prévention. En France, pays d'origine de l'étude des représentations sociales, on trouve des recherches concernant des thèmes voisins par exemple, l'analyse des représentations de l'exercice professionnel de la santé ou de la prévention des maladies.

En ce qui concerne les représentations sociales de l'environnement, Sauvé (2000 ; 1997, p.12-15) a élaboré une typologie en sept catégories. Plusieurs de celles-ci

semblent pertinentes dans le cadre de notre recherche portant sur les représentations sociales de populations défavorisées :

- *L'environnement problème* met l'accent sur un (ou des) problème(s) à résoudre, principalement biophysique(s) tel(s) que l'humidité dans le logement, la pollution de l'air intérieur, etc.
- *L'environnement ressource* fait référence aux patrimoines collectifs associés à la qualité de vie. On pourrait citer ici certaines campagnes d'incitation au recyclage, à l'économie d'énergie, etc.
- *L'environnement nature* correspond principalement à l'environnement originel, mais il peut aussi s'agir des éléments naturels du milieu urbain : par exemple des parcs publics, des jardins potagers communautaires, etc.
- *L'environnement milieu de vie* est le lieu de la vie quotidienne, son propre espace imprégné par les composantes humaines, sociales et culturelles, historiques, etc. Dans notre recherche, ce sera l'environnement immédiat de la personne défavorisée (logement, loisirs, etc.), son voisinage, son quartier.
- *L'environnement système* regroupe les liens entre ici et ailleurs, entre le passé et le présent et l'avenir, entre le local et le global, entre les modes de vie, la santé et l'environnement, etc.
- *L'environnement projet communautaire* correspond à l'idée de collectivité, de groupe d'individus qui partagent des caractéristiques communes. C'est un lieu où chacun apprend de l'autre et participe à sa transformation.

Nous pourrions distinguer deux perspectives principales qui caractérisent le rapport à l'environnement qui sont à la fois différentes et complémentaires : une perspective environnementale axée sur la qualité de l'environnement en fonction de la qualité de vie et une perspective centrée sur la qualité de vie des personnes et des groupes sociaux en relation avec le milieu de vie.

Pour ce qui est des liens entre la santé et l'environnement, notre recension d'écrits montre qu'il y aurait très peu d'études réalisées sur la relation entre les représentations sociales de la santé et de l'environnement et du lien entre les deux. Les études existantes abordent la notion de risques environnementaux sur la santé. Dans leur étude

exploratoire, James et Eyles (1999) ont mis en évidence que la perception et la représentation du lien entre la santé et l'environnement diffèrent selon les groupes sociaux. Si la santé semble clairement articulée et dépendante de choix de vie saine, l'environnement reste beaucoup plus flou et les personnes expriment avoir peu de contrôle sur celui-ci. Ces deux auteurs notent que l'intérêt pour l'environnement augmente quand celui-ci constitue une menace pour la santé humaine : cancer, pollution, violence, etc. Le lien entre la santé et l'environnement est alors identifié à travers la notion de risque. Dans une enquête sur la perception des risques environnementaux, Hudon (1996) montre que la population montréalaise reconnaît l'existence d'un lien entre la santé et l'environnement et que la pollution de l'air semble constituer le point central de cette relation. Cette enquête met également en évidence que les risques environnementaux pour la santé ne sont pas perçus de la même façon et n'engendrent pas les mêmes craintes et les mêmes réactions selon les catégories socio-culturelles.

Aucune étude ne cible spécifiquement une population urbaine défavorisée et ne s'inscrit dans une perspective éducative et émancipatoire. C'est précisément pour combler ce manque que nous menons notre recherche exploratoire. Dans celle-ci, l'objet « santé » n'est plus profilé par rapport à la maladie comme dans les études menées entre autres par Herzlich (2005, 1975), mais par rapport à « l'environnement ». Nous nous attarderons aux populations défavorisées, car elles sont particulièrement vulnérables aux problèmes concernant à la fois la santé et l'environnement.

1.4 Les questions, but et objectifs de recherche

Au terme de l'exploration des éléments de problématique que nous venons d'exposer, nous pouvons formuler les constats suivants :

1. La prise en compte des représentations sociales de la santé, de l'environnement et du lien entre les deux pour la conception d'interventions éducatives demeure un champ peu exploré qui mériterait d'être étudié.

2. Les populations les plus défavorisées en milieu urbain sont davantage exposées à des risques environnementaux et sanitaires, d'où la nécessité de développer des programmes d'intervention appropriés.
3. Jusqu'ici, les recherches montrent que les représentations de la santé ont été abordées en lien avec la maladie. Nous n'avons repéré que peu de recherche portant sur les représentations sociales de la santé profilées à l'environnement et inversement. De plus, nous pouvons signaler l'absence de ce genre de recherche auprès de populations défavorisées en milieu urbain dans nos pays occidentaux.

Pour répondre à ces préoccupations, nous avons formulé deux **questions de recherche** :

1. Quelles sont les représentations sociales de la santé, de l'environnement et des liens entre la santé et l'environnement de populations défavorisées en milieu urbain, au Québec et en Belgique ?
2. Comment ces représentations peuvent-elles être prises en compte pour l'élaboration de programmes et de stratégies de promotion de la santé, et plus spécifiquement en matière d'éducation relative à la santé environnementale ?

Au regard de tout cela, le **but de notre recherche** est de favoriser des interventions éducatives appropriées en matière de santé environnementale auprès des populations défavorisées.

De là, nous avons défini deux **objectifs de recherche** directement en lien avec nos questions de recherche :

1. Caractériser les représentations sociales de la santé, de l'environnement et des liens entre les deux, au sein de populations défavorisées en milieu urbain au Québec et en Belgique.
2. Identifier des pistes stratégiques pour la prise en compte des représentations sociales de la santé et de l'environnement - et des liens entre les deux - dans l'élaboration et la mise en oeuvre de stratégies de promotion et/ou d'éducation relative à la santé environnementale, de nature émancipatoire.

Au terme de l'exploration de la problématique et de l'explication de l'axiologie de cette recherche, nous présenterons au chapitre suivant les principaux éléments du cadre théorique qui baliseront notre démarche de recherche.

CHAPITRE II

CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

Nous passons une grande partie de notre vie sociale à communiquer par la parole [...] et bien que nous le fassions le plus souvent sans y penser, toute cette activité a pour but unique de faire connaître [...] à autrui, ce que nous pensons, croyons, ressentons vis-à-vis des objets du monde ainsi que la façon dont nous avons l'intention d'agir sur - ou vis-à-vis - de ces objets. Ainsi, grâce au langage, nous pouvons agir sur le monde, mais aussi et surtout partager nos pensées avec autrui.

[Bromberg et Trognon, 2004, p. 1]

Notre étude sur les représentations sociales relatives à la santé, à l'environnement et aux liens entre les deux est ancrée dans deux quartiers urbains où vivent des populations défavorisées. Notre intention est d'appréhender les croyances, les opinions, les savoirs, les attitudes et les valeurs des résidents au sujet de la santé, de l'environnement et des liens entre les deux, qui donnent un sens à l'« agir » de ces personnes en situation de précarité.

Un concept central de cette recherche est donc celui de représentation sociale. Les rapports à la santé et à l'environnement des personnes sont marqués par les contextes sociaux et culturels dans lesquels ils se déploient. Nous verrons que cette recherche met en évidence la nécessité de prendre en compte les points de vue des personnes en tant qu'acteurs de premier plan concernant leur santé et leur environnement. Cela nous semble d'autant plus important quand il s'agit de personnes se trouvant dans une situation de défavorisation. D'une part, celles-ci connaissent davantage de problèmes de santé et vivent dans des milieux environnementaux dégradés (Bullard, 2001 ; Williams, 1999). D'autre part, comme nous l'avons signalé au chapitre précédent, elles sont rarement engagées dans les projets en matière de santé et d'environnement.

À travers ce deuxième chapitre, nous aborderons dans un premier temps les concepts suivants : la santé, la promotion et l'éducation relatives à la santé, l'environnement et

l'éducation relative à l'environnement, la santé environnementale et l'éducation relative à la santé environnementale. Nous situerons ces concepts au regard du champ théorique dans lesquels ils s'inscrivent. Dans un second temps, nous préciserons le public dont les représentations seront explorées en clarifiant notre conception de « population défavorisée » en regard entre autres des concepts de pauvreté et de précarité.

Nous verrons que la santé est interpellée sous l'angle de la qualité de vie et celui du bien-être physique, psychique et social. Elle s'inscrit dès lors pleinement dans une perspective socio-écologique qui conduit à aborder les conditions de vie des personnes. Un tel positionnement s'insère dans une démarche de promotion de la santé, incluant les interventions éducatives.

L'environnement est quant à lui envisagé sous l'angle du cadre de vie avec toutes ses particularités spatiales, biophysiques et socio-culturelles. Il est appréhendé en termes d'espace urbain vécu, privilégiant une approche systémique qui met l'accent sur l'interrelation entre les personnes et leur environnement quotidien.

2.1 Les représentations sociales

Compte tenu du choix d'étudier les représentations sociales de la santé, de l'environnement et des liens entre les deux d'une population défavorisée en milieu urbain, en vue de développer des stratégies d'interventions éducatives appropriées, explorons en premier lieu ce concept. Ce concept fondamental, transdisciplinaire, permet comme l'écrit Moscovici (2003, p. 63) d'« étudier les rapports sociaux sans les déformer ni les simplifier ».

Dans cette section, nous donnerons d'abord quelques éléments de définitions ; nous présenterons la relation entre les représentations sociales et les pratiques sociales et nous aborderons les deux grandes approches de recherche sur les représentations sociales.

2.1.1 Des éléments de définitions

D'entrée de jeu, nous constatons que les termes « réalité complexe » et « polysémique » reviennent fréquemment dans la littérature consultée lorsqu'il est question de définir le concept de représentation sociale. Moscovici (1976, cité par Doise, 1985 p. 244) confirme d'ailleurs que ce concept n'est pas facile à saisir. Le sens de ce terme varie beaucoup selon les auteurs. Comme le soutient Von Glasersfeld (1985), le mot représentation est plein d'ambiguïté et comporte une multitude de significations. Au sens large, la représentation désigne une activité mentale : rendre présent à l'esprit un objet ou un événement absent. Elle peut être considérée comme un mode de connaissance de la réalité vécue (Fischer, 2010). Selon Moscovici (2003), elle est une sorte d'interface entre l'extérieur et l'intérieur, entre la réalité physique et la réalité psychique.

L'adjectif « *social* » associé à la représentation a toute son importance et confère toute sa spécificité à la notion de représentation sociale. Il vient la qualifier en lui donnant une dimension collective⁵, partagée et également construite par les individus d'un même groupe social. Selon Codol (1982, cité par Moscovici, 2003, p. 82), « ce qui permet de qualifier de sociales les représentations, ce sont moins leurs supports individuels ou groupaux que le fait qu'elles soient élaborées au cours de processus d'échange et d'interaction ». La représentation sociale est un concept qui tente de répondre à une compréhension nouvelle de l'élaboration des conduites sociales qui admet qu'il n'existe pas de réalité objective. Toute réalité est représentée socialement, c'est-à-dire qu'elle est filtrée par des grilles de lecture dépendante des caractéristiques des individus et de leur groupe d'appartenance. De sorte que souvent, ces groupes ont des représentations

⁵ Durkheim, père de la sociologie, utilisa le terme de « représentations collectives ». Celles-ci sont pas la synthèse des représentations des individus pris isolément, elles résultent d'interactions: si l'on peut dire que « les représentations collectives sont extérieures aux consciences individuelles, c'est qu'elles ne dérivent pas des individus pris isolément, mais de leur concours ; ce qui est bien différent » (Durkheim, 1898). Le sociologue avait souligné l'importance fondamentale de la pensée sociale en montrant la spécificité et surtout la primauté du social par rapport à l'individuel: la pensée individuelle est déterminée par les facteurs sociaux (1898). Moscovici (1984, 1986, 2003) posera plus tard des jalons déterminants pour le vaste champ de recherche articulé autour des représentations sociales. Celles-ci sont forgées dans le champ social dans lequel elles s'insèrent. Elles correspondent à un méta-système constitué par des régulations sociales faisant intervenir des modèles, des croyances, des valeurs, des normes, propres à chaque groupe.

différentes d'un même objet social (Deschamps et Moliner, 2008). Pour Jodelet (2003, p. 361), la représentation sociale qui est un des modes privilégiés d'accès à cette réalité, se définit comme

une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale [...] Les représentations sociales sont des modalités des pensées pratiques orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal. [...] Elles présentent des caractéristiques spécifiques sur le plan de l'organisation des contenus, des opérations mentales et de la logique. [...] Le marquage social des contenus ou des processus de représentation est à référer aux conditions et aux contextes dans lesquels émergent les représentations, aux communications par lesquelles elles circulent, aux fonctions qu'elles servent dans l'interaction avec le monde et les autres.

Les représentations sociales résultent d'une interaction entre l'activité individuelle et l'activité sociale. Des informations, des images, des attitudes et des croyances sont partagées au sein de groupes d'individus, qui quelques fois ne se connaissent pas personnellement, mais qui ont hérité d'un savoir collectif (Seca, 2002). Dans la suite de Moscovici, Seca (2002, p. 13) soutient que ces représentations « naissent et se développent dans les conversations quotidiennes et par rapport à des circonstances culturelles et historiques ». Elles renvoient à un mode de construction des savoirs partagés par un groupe d'individus, et à leurs contenus eux-mêmes.

[Elles correspondent à] un ensemble de connaissances et d'explications dont l'origine est tirée des interactions quotidiennes entre des individus qui partagent un même univers social, économique, professionnel, physique, etc. (Moscovici, 1986, p. 245)

Nous pouvons également identifier des caractéristiques au niveau du contenu des représentations sociales (Fischer, 2010 ; Abric, 2001). Tout d'abord, le contenu est cognitif, affectif, axiologique (les valeurs), praxique (l'« agir ») et social. Il s'agit d'un ensemble d'informations relatives à un objet socialement partagé, comme la santé et, ou l'environnement. Ces informations peuvent être plus ou moins variées, plus ou moins stéréotypées, plus ou moins riches. Ensuite, le contenu des représentations est porteur de sens et réfère à quelque chose d'extérieur à soi, plus exactement un objet ou la coordination entre deux objets, qui devient existant à travers une relation interpersonnelle (Jovchelovitch, 2005). Cette dimension signifiante des représentations

sociales n'est jamais indépendante d'une dimension figurative. Les représentations sociales ont également un contenu symbolique qui est directement lié à la dimension signifiante (Fischer, 2010). Cette dimension symbolique est présente dans notre recherche. Nous n'abordons pas les processus représentationnels de notre objet de recherche en termes uniquement cognitifs. Pour nous, les représentations de la santé, de l'environnement et des liens entre les deux sont enracinées dans la réalité sociale, culturelle, historique et territoriale. Elles donnent accès aux croyances, aux interprétations et à l'ensemble des rapports de sens qui se nouent dans la société ; elles aident à comprendre l'agir des personnes.

Garnier et Sauvé (1999, p. 66) ajoutent qu'il s'agit d'« un univers symbolique, culturellement déterminé où se forment les théories spontanées, les opinions, les préjugés, les décisions d'action, etc. ». Elles donnent lieu à une vision commune des choses (Anadón, 2002).

Dans la même optique, Flament et Rouquette (2003) avancent que pour qu'une représentation sociale puisse prendre forme « il doit exister des pratiques communes se rapportant à l'objet présumé dans la population considérée ».

Pour leur part, Sauvé et Garnier (2000, p. 206) insistent sur l'attention à porter au groupe de référence dans l'analyse des représentations sociales. À ce sujet, elles disent que « c'est la poursuite d'activités communes et d'échanges qui permettrait la consolidation d'un véritable groupe et l'élaboration de représentations sociales propre ». Tamissier (1999, p. 800) parle des représentations sociales comme une « façon de voir localement au sein d'une culture, qui permet de s'assurer l'appropriation cognitive d'un aspect du monde et de guider l'action à son propos ». Les personnes que nous rencontrerons dans le cadre de notre recherche correspondent à cette notion de groupe. Comme nous le verrons au chapitre III et IV, elles habitent dans un espace géographique défini ; elles partagent des caractéristiques culturelles, sociales et économiques ; elles fréquentent des organismes communautaires comme lieu de rencontre et de participation à diverses activités.

2.1.2 Des représentations aux pratiques sociales

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les représentations sociales sont élaborées à travers les communications interpersonnelles et orientent la conduite des personnes au quotidien. Le fait que des liens étroits soient établis entre les représentations sociales et les actions menées par les personnes est pour nous une des raisons importantes de nous y intéresser. Les représentations s'inscrivent au coeur même d'une dynamique sociale répondant à une logique circulaire. C'est ainsi qu'elles déterminent l'agir du sujet sur son environnement ; en retour, l'expérience d'agir modifie ou transforme les représentations (Mannoni, 2006 ; Bonardi et coll., 2002 ; Sauvé et Garnier, 2000). Moscovici (1976, cité par Seca, 2002, p. 37) l'exprime de cette façon :

Si une représentation sociale est « une préparation à l'action », elle ne l'est pas seulement dans la mesure où elle guide le comportement, mais surtout dans la mesure où elle remodèle et reconstitue les éléments de l'environnement où [il] doit avoir lieu.

Garnier et Sauvé (1999) suggère que le processus d'influence des représentations sur l'agir des personnes et vice-versa ne serait pas direct, mais qu'un élément intermédiaire, le contexte, interviendrait pour que se produisent des transformations. On aurait également tort de postuler une parfaite cohérence entre les représentations et les pratiques sociales. Sauvé et Garnier (2000) ont montré l'existence de ruptures entre les discours et les pratiques sociales.

Travailler sur les représentations sociales de la santé, de l'environnement et de la relation entre les deux, peut s'inscrire dans une visée de transformation, de changement. Les représentations sociales sont alors vues comme génératrices de pratiques et participent à la construction d'une certaine réalité (Jodelet, 2003).

2.1.3 Les approches de recherche

Anadón (2002), tout comme Guillemi (1995), distingue deux types d'approche dans l'étude des représentations sociales. La première est liée à l'identification des contenus et repose sur une conception des représentations sociales comme produits d'une activité

« mentale » collective ; la seconde est centrée sur la structure même des représentations et tente d'expliquer leurs fonctionnements internes.

L'approche centrée sur les contenus vise à mettre en évidence les éléments phénoménologiques qui s'articulent au sein d'une représentation sociale (Anadón, 2002, Guillemi, 1995). Cette approche adopte des stratégies méthodologiques propres entre autres à l'ethnographie, comme l'observation du milieu ou l'entrevue ainsi que l'analyse qualitative des données. Le contenu des représentations sociales étudié est constitué d'informations, d'images, de croyances, de valeurs, d'opinions, d'éléments culturels et idéologiques amené par les personnes. Cette approche considère les représentations comme des contenus de connaissances et propose la description de ces contenus. On peut entre autres apprécier la quantité et la précision des informations ; on pourra aborder l'organisation de ces informations ; on s'interroge sur les connotations positives ou négatives qui s'y rattachent. C'est cette approche que nous adopterons pour notre recherche axée sur la caractérisation des représentations sociales relatives à la santé, à l'environnement et aux liens entre la santé et l'environnement.

L'approche centrée sur la structure même de ces représentations sociales est complémentaire à la précédente. Elle est fondée sur l'idée de base que les composantes d'une représentation sociale sont en interdépendance (Guillemi, 1995). Dans cette perspective, la représentation s'organise autour d'éléments stables qui génèrent sa signification, son organisation et sa cohérence, un peu comme le point central d'une réalité ou d'une vision commune des choses.

L'analyse structurale des représentations sociales [...] permet de quitter le terrain de la monographie et de l'anecdote pour mettre en évidence des [éléments] structuraux qui, une fois identifiés, sont susceptibles d'expliquer le fonctionnement interne des représentations sociales. (Guillemi, 1995, p. 369)

Cette approche s'appuie sur la théorie du noyau central (Abric, 2001) élaborée à partir du schéma théorique des représentations sociales de Moscovici. Certains auteurs qualifient ce noyau de structurant. Il est déterminé par la nature de l'objet représenté, par la relation que les personnes entretiennent avec cet objet et par l'environnement idéologique (valeurs et normes sociales) du groupe concerné. Un groupe de chercheurs, dont Flament, Abric ou encore Rouquette, a développé des méthodes de repérage du

noyau central et des éléments périphériques. Selon cette approche centrée sur la structure, le noyau central assure une fonction génératrice de sens et organisatrice. L'existence d'éléments centraux dans les représentations sociales est vue comme stable et invariante. Dans cette perspective, ce qui est essentiel n'est pas tant de connaître le contenu, mais comment s'organise le contenu (Anadón, 2002). Une telle approche s'attache prioritairement à la description des contenus sous forme d'états composés d'éléments centraux et périphériques. Les premiers sont vus comme générateurs de signification de l'ensemble de la représentation et remplissent une fonction unificatrice et stabilisatrice des seconds. Ces éléments dits périphériques constituent l'essentiel de la représentation et sa partie la plus accessible. Il s'agit essentiellement des informations, des jugements, des stéréotypes et des croyances à propos de l'objet (Abric, 2001). L'approche structurale examine également l'aspect logique de cette organisation. Cette démarche nous paraît moins pertinente dans la mesure où notre recherche est de type exploratoire et vise avant tout à faire émerger les éléments constitutifs (cognitif, affectif, axiologique et d'« agir ») des représentations sociales de la santé, de l'environnement et des liens entre les deux. Sans adopter une approche structurale (noyau - périphérie), nous tenterons de saisir et de mettre en évidence certains liens plus manifestes entre les éléments du système représentationnel.

Dans le cadre de notre recherche, nous adoptons la définition suivante : les représentations sociales correspondent à un ensemble de croyances, d'opinions, de savoirs, d'attitudes et de valeurs⁶ socialement construit au sein d'un groupe de personnes concernant un objet social, comme la santé ou l'environnement. Elles donnent lieu à une vision partagée de cet objet social, qui se construit et se manifeste au cours des interactions entre les individus et dans l'agir quotidien. Dans notre recherche, elles permettent de comprendre comment les personnes appréhendent la santé, l'environnement et les relations entre les deux et comment ces représentations jouent sur leurs conduites sociales. Notre démarche consiste à étudier les contenus des

⁶ La croyance est le fait de tenir quelque chose pour vrai et ceci indépendamment des preuves éventuelles de son existence, de sa réalité ou même de sa possibilité ; l'opinion est une idée que l'on se fait à propos d'un objet et implique souvent un jugement ; le savoir est un ensemble de connaissances validées et, ou d'habilités et, ou de compétences ; l'attitude est une disposition interne qui sous-tend une réponse favorable ou défavorable de la personne à un objet social ; la valeur est une norme personnelle ou sociale.

représentations à partir des matériaux discursifs pour comprendre un « état des savoirs et des significations » et examiner leur liaison aux pratiques, aux interactions, et aux prises de position sociales (Jodelet, 2003, p. 109). Le tableau de la page suivante permet de faire une synthèse des principaux éléments théoriques abordés dans cette section du chapitre II.

Tableau 1
Synthèse des principaux éléments théoriques relatifs aux représentations sociales

Nature des représentations sociales	<p>Les représentations sociales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • sont des systèmes cognitifs, affectifs, axiologiques (valeurs) et praxéologiques (agir) ; • sont constituées de croyances, de savoirs d'opinions, d'images, d'attitudes et d'idées ; • sont des formes de connaissances vécues de la réalité ; • organisent les connaissances ; • sont à la fois des processus, et des produits.
Fonctions des représentations sociales	<p>Les représentations sociales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • reconstruisent l'objet de représentation ; • sont impliquées dans les interactions humaines ; • orientent et expliquent les conduites et les communications sociales.
Dimension sociale des représentations sociales	<p>Les représentations sociales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • sont socialement partagées ; • sont issues des interactions sociales ; • permettent la compréhension et la maîtrise de l'environnement social.

2.2 La santé

Le domaine de la santé ne se limite pas aux soins médicaux et à l'institution médicale. Il est devenu un enjeu de politique publique dans leur ensemble. Il existe une multitude de manières d'envisager le concept de santé en fonction de l'angle d'analyse que nous privilégions : celui de la médecine, des sciences infirmières, de l'Organisation mondiale de la santé, de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, des milieux universitaires, etc. Les conceptions de la santé varient également en fonction de la dimension culturelle, du temps, du lieu et des personnes. Ce qu'un groupe social

considère comme « la santé » apparaît d'abord à travers le langage, le langage des mots, mais aussi celui des pratiques rituelles, profanes voire religieuses (D'Houtaud, 1998). En fait, des croyances et des conceptions hétérogènes continuent à coexister mettant parfois en évidence les décalages entre les conceptions « naïves » et « savantes ».

2.2.1 Les principales définitions de la santé

Explorons diverses conceptions de la santé. **La santé** peut être définie **comme l'absence de maladie**. Cette approche est biomédicale. Elle répond à une conception à la fois traditionnelle et négative : la santé est liée à la maladie, elle est l'absence de maladie. La maladie concerne le corps et correspond à un dysfonctionnement organique dû à divers agents pathogènes (Bruchon-Schweitzer, 2002). Cette vision de la santé considère la maladie « comme une entité conceptuelle isolable de l'individu souffrant » (Castillo, 1987). Elle admet l'existence d'une chaîne causale simple reliant un agent pathogène identifiable à une maladie particulière. La prévention est alors centrée sur des pratiques individuelles visant à réduire l'incidence et la prévalence de la maladie. On interroge les causes de la maladie et l'on agit sur les conséquences (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Bury, 1988).

Selon cette conception de la santé, constate Bury (1988), la relation entre le professionnel de la santé et le profane est centrée sur l'encouragement à adopter des conduites définies comme saines par les experts.

Cette approche de la santé est souvent critiquée comme étant peu efficace. Renaud et Bouchard (1996) soulignent « qu'à force d'investir dans les soins, on finit par désinvestir dans la santé ». Aussi, selon Jodelet (2003) et Moscovici (2003), le comportement humain ne dépend pas exclusivement des aspects cognitifs. Les interventions sanitaires, fondées sur la seule transmission de l'information, ne peuvent garantir un changement de conduite. Dans le même sens, Offer et Sabshin (1984) critiquent cette vision de la santé qui met l'accent sur la maladie plutôt que sur la détermination de ce qu'est la santé. Ils critiquent le fait que la prévention de la maladie est axée sur les symptômes de celle-ci.

Une autre approche tente de surmonter les critiques formulées à l'égard d'une telle conception de la santé vue le plus souvent comme une absence de maladie. **La santé** est alors définie **comme une utopie**. Dans ce cas-ci, la santé est vue au sens large, positif et avant tout social. On parle plutôt d'un « état de santé » (*healthiness*). Elle constitue un « instrument pour la vie ».

La définition de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (article n° 1 de la Constitution de l'OMS, 1946) s'inscrit dans cette vision : il s'agit d'« un état complet de bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ». L'accent est mis sur l'idée de bien-être. Cette définition reflète une vision globale de la personne. Elle a le mérite de reconnaître une dimension sociale à la santé, mais ne tient pas compte de la diversité. Nous devons également reconnaître qu'elle a le défaut d'orienter la santé vers une conception abstraite, idéaliste, en la décrivant comme une réalité inaccessible et sans rapport avec le vécu de la plupart des individus (Nutbeam, 1988). De plus, la notion de bien-être, induisant l'opposition avec le mal-être ainsi que l'idée d'un mieux-être, ne peut-être que relativisée pour une même personne selon le lieu, le moment et la perspective. L'état de santé de chaque personne va dépendre aussi d'un ensemble de facteurs subjectifs (réseau social, sentiment d'être compris, non-reconnaissance de compétence, etc.). En outre, la définition de l'Organisation mondiale de la santé, reprise par la plupart des instances officielles, tend à attribuer à la santé des caractéristiques très générales que nous aurions tendance à qualifier d'universelles. Or, il nous semble que le concept de santé peut difficilement être universel. Celui-ci est largement déterminé par le contexte. La définition même de la santé peut différer d'une culture à l'autre, d'un groupe social à l'autre et même d'une personne à une autre. À titre d'exemple, D'Houthaud (1998 ; 1978) montre que les définitions de la santé parmi les populations ouvrières en France mettent l'accent sur l'absence de maladie et sur les aptitudes physiques alors que les cadres parlent plutôt de l'usage hédoniste de la vie et du bien-être. Nous pourrions également mentionner la définition de la santé donnée par les peuples autochtones américains : la santé, c'est vivre en harmonie totale avec la nature et avoir les capacités de survivre dans des circonstances extrêmes (Spector, 1985, p. 181).

Enfin, **la santé** peut-être vue **comme équilibre** du sujet avec son environnement et la maladie comme une rupture de cet état d'équilibre. La santé est alors conçue comme une adaptation, une harmonie avec soi-même, les autres et l'environnement (Lebel, 2003 ; Coppé et Schoonbroodt, 1992 ; Mercier et Piette, 1988 ; Berthet, 1983). Dans ce cas, la santé y est vue dans une dimension positive, surmontant ainsi la vision négative de l'absence de maladie. Cet état d'équilibre pourrait être mis en lien avec la notion de qualité de vie qui au-delà d'une évaluation de l'état de santé, inclut la dimension de satisfaction (Oudry et Hermand, 2002).

Dans le cadre de notre recherche, nous adoptons une conception ouverte de la santé qui est étroitement liée au champ de la promotion de la santé. La Charte d'Ottawa (1986, cité par Bury, 1988, p.91) définit la santé « comme la mesure selon laquelle nous pouvons réaliser nos ambitions ou satisfaire nos besoins tout en évoluant avec le milieu et en nous y adaptant ». Avec ce nouveau regard, la santé est vue comme une ressource de la vie quotidienne pour accéder au bien-être et non plus comme un but à atteindre. Elle s'insère dans l'idée d'équilibre. À travers cette définition, nous pouvons constater que la santé est liée étroitement aux styles de vie, mais aussi aux conditions de vie, à l'environnement dans lequel nous vivons. Elle considère l'individu dans son rapport dynamique avec son environnement.

S'inscrire dans cette dimension de la santé comme équilibre exige la mise en pratique de la transdisciplinarité, l'implication et la participation des communautés et l'équité (Lebel, 2003). Notre démarche de recherche prend en compte ces trois points. La transdisciplinarité propose une vision inclusive de la santé liée aux dimensions socio-écologiques du milieu de vie des personnes. Nous positionner dans une telle démarche, nous amène à étudier les diverses facettes de la santé en y associant étroitement la population. Susciter la participation des personnes implique la prise en compte des conceptions « naïves » de la santé. Cela peut permettre de mieux comprendre les inquiétudes, les besoins et les connaissances locales en matière de santé. L'équité consiste à reconnaître que notre intervention ne se déroule pas dans un espace neutre et qu'elle s'inscrit dans un territoire vécu et structuré entre autres par des déterminants sociaux, économiques, historiques et culturels.

2.2.2 La promotion de la santé

La promotion de la santé a été définie comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci » (Organisation mondiale de la santé, 1986). La santé est clairement orientée vers le bien-être des personnes. Les valeurs de solidarité, d'engagement et d'égalité en matière de santé qu'elle véhicule sont prépondérantes. Cette définition de la promotion de la santé implique que l'on se place du point de vue des personnes. Elle donne un rôle moteur à la population et met l'accent tant sur les ressources que sur la capacité des personnes et des groupes à agir. Comme le souligne Deccache (1999, p. 32), « c'est accepter la subjectivité de la santé, le fait qu'elle soit une construction sociale et non seulement un produit scientifique objectif ».

La promotion de la santé - dans la Charte d'Ottawa (1986) - comporte cinq axes majeurs. Le premier porte sur la nécessité d'élaborer des politiques publiques favorisant la santé et la sécurité des personnes. À titre d'exemples : la mise en place de règlements municipaux concernant le bruit, la gestion des déchets, la salubrité des logements, etc. Le deuxième a pour objectif de créer des milieux sains et moins dangereux pour la santé, incluant la création de milieux récréatifs et de détente. C'est agir sur les habitudes alimentaires, sur la consommation de tabac et d'alcool des personnes ; c'est encourager l'activité physique. Le troisième axe consiste à renforcer l'action communautaire, comme le développement de coopératives ou d'associations locales, la mise en place de programmes d'éducation populaire, etc. Le quatrième vise à faire acquérir des attitudes individuelles en soutenant toute démarche d'éducation relative à la santé (mais aussi « à » et « pour » la santé). Enfin, le cinquième axe cible la réorientation des services de santé pour mieux soutenir les personnes et les groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et l'adoption de modes de vie plus sains (si nécessaire).

Dès lors, l'objectif de la promotion de la santé n'est pas tant de réduire la maladie, mais plutôt de permettre le développement de conditions favorables à la santé (Deschamps, 1998 ; Ouslikh et coll., 1994). En plus du développement en matière de santé publique, on observe de plus que la promotion de la santé apporte une dimension nouvelle, celle

de la participation des personnes et des communautés. Les personnes participent à la définition du problème, à la prise de décision et aux activités mises en oeuvre pour améliorer leur santé et leur qualité de vie. Il s'agit donc d'identifier avec elles ce qui est signifiant pour elles-mêmes. Une attention toute particulière est portée aux populations défavorisées et à la lutte contre les inégalités.

Les travaux reliés à la promotion de la santé précisent davantage cette notion de participation en parlant de gestion appropriative comme l'une des stratégies éducatives importantes en santé. La gestion appropriative est

un processus par lequel une personne, un groupe ou une collectivité prend conscience de ses représentations, de ses enjeux, de ses ressources et de ses contraintes pour les traduire en prise de décision sur leur devenir.

(Gélinas et coll., 1997)

Dans ce cadre, la promotion de la santé peut être centrée sur « l'utilisation des actions éducatives visant à favoriser une vie saine, indépendamment d'une pathologie spécifique » (Piette, 1994, p. 16). Les interventions mises en place concernent le mode de vie et les conditions de vie. Elles ont avantage à prendre appui sur les représentations qu'ont les personnes de l'objet d'intervention, en l'occurrence la santé et l'environnement.

La promotion de la santé se préoccupe de tous les domaines qui structurent la vie quotidienne : habitat et urbanisme, environnement résidentiel, condition de travail et de loisirs, réseau de relations sociales, participation de la communauté, etc. Le social, la santé et la ville s'y trouvent ainsi articulés.

2.3 L'éducation relative à la santé

L'éducation pour la santé - mais selon nous, également l'éducation relative à la santé - englobe une réalité complexe et très diversifiée qui va de la nécessité d'informer, d'expliquer, de prévenir, en passant par celle de convaincre, de rassurer ou d'accompagner les personnes (Fischer et Tarquinio, 2006). Concevoir la santé comme objet d'intervention éducative nous conduit à préciser le sens que nous donnons au terme « éducation ».

2.3.1 Une conception de l'éducation comme processus d'autonomisation

Notre choix porte sur une éducation qui va au-delà de la transmission d'informations visant la sensibilisation ou la diffusion de consignes en vue de la modification de comportement (Sauvé et Godmaire, 2004). D'entrée de jeu, nous adoptons la définition de Legendre (2005, p. 437) pour qui l'éducation est un

processus concernant le développement optimal des multiples dimensions de la personne au sein de son milieu de vie (dimension affective, sociale, morale, intellectuelle, physique, spirituelle) et en particulier le développement de l'autonomie, de la capacité d'adaptation et d'une compétence éthique, en vue de mener à l'adoption d'un agir responsable et de favoriser le bien-être individuel et collectif.

En ce sens, l'éducation sera abordée comme un processus qui d'une part, génère la connaissance et modifie la prise de conscience, et d'autre part, transforme le niveau de conscience des individus (Lazarus, 2001). C'est aussi le « rendre capable de ». Capable de vouloir, d'analyser, de participer, de se responsabiliser. Capable aussi de remettre en cause certains aspects des cultures et pratiques de son groupe d'appartenance. Il s'agit aussi d'un processus de transformation sociale avec et par les personnes qui s'insère dans des réseaux et enjeux multiples de pouvoir. Pouvoir à partager.

L'éducation génère de la conscience de soi. Cela peut donc conduire à prendre conscience de son corps, conscience de ce qui est bon ou mauvais pour soi, conscience de ce que l'on vit. Cela génère un regard critique sur son environnement (Lazarus, 2001). Un tel positionnement s'inscrit dans une démarche qui vise l'émancipation des personnes et la conquête d'espace de liberté. D'ailleurs, cette notion de « transformation sociale » associée à notre regard sur l'éducation - bien présente entre autres dans les courants d'éducation populaire - renvoie à celle d'inégalité sociale et à la nécessité d'enrayer celle-ci (Letterier, 2001).

Cette conception de l'éducation reconnaît que l'action éducative pénètre différentes sphères d'activité. Elle dépasse largement le cadre du système scolaire et s'inscrit dans une logique d'apprentissage centrée sur la population. À ce sujet, Garnier et Rouquette (2000) rappellent la distinction entre deux formes d'éducation : l'éducation non formelle et l'éducation formelle. La première n'est pas codifiée par une institution éducative. Par

contre, la seconde catégorie s'insère dans un système institutionnel de type académique. Tant l'éducation formelle que non formelle soulèvent des questions relatives à la construction et l'appropriation de savoirs (savoirs fondés sur l'expérience personnelle, savoirs théoriques, savoir-être et savoir-faire). L'élargissement de l'éducation au-delà du seul cadre institutionnel implique des approches novatrices et amène souvent de nouveaux défis (Rouquette, 2000) comme celui de la participation des personnes dans des projets qui les concernent. Si l'éducation non formelle reste planifiée et structurée, une troisième forme d'éducation plus fortuite, diffuse et incidente existe : l'éducation informelle. Celle-ci relève entre autres d'une éducation par imprégnation sociale et culturelle et reste fortement influencée par l'environnement quotidien des personnes. Nous pouvons la concevoir comme un processus tout au long de la vie par lequel chaque individu acquiert attitudes, valeurs, aptitudes et connaissances à partir des expériences quotidiennes, des influences et des ressources de son environnement. Ces formes d'éducation formelle, non formelle ou informelle ne sont pas toujours cohérentes entre elles. Par exemple, les messages véhiculés au sujet de la consommation du tabac par l'éducation formelle font référence à son côté nuisible pour la santé alors qu'à travers l'éducation informelle le discours est le plus souvent centré sur une forme de bien-être et de « détente ». L'éducation n'est pas envisagée comme un phénomène seulement cognitif. Elle est à la fois méta-cognitive et méta-affective. Cette dimension méta-cognitive et méta-affective incite les personnes à analyser et prendre conscience de la manière dont elles appréhendent leurs réalités. Elle s'inscrit dans une démarche de réflexion critique.

Bury (1988) rappelle la distinction entre le concept d'éducation et d'information. L'information vise essentiellement à diffuser un renseignement, une nouvelle. Elle agit sur les connaissances et n'entraîne pas forcément une modification des comportements. L'éducation, quant à elle, vise à susciter des changements de conduites individuelles et/ou collectives à partir de nouvelles connaissances et de l'expérience de l'agir. Elle accompagne la personne vers plus d'autonomie, dans le développement de connaissances et d'habiletés, dans le partage des savoirs, dans la liberté de choix, dans l'agir, etc.

2.3.2 Une clarification sémantique : Éducation « à », « pour », « relative à » la santé

Avant tout, une clarification sémantique s'impose à propos du terme utilisé pour illustrer le lien que nous établissons entre « éducation » et « santé ». Si le monde anglo-saxon a tout regroupé sous le terme « *health education* », il n'en est pas de même en francophonie où l'éducation et la santé s'articulent autour de plusieurs prépositions qui en définissent les enjeux. On parle notamment d'éducation à la santé, d'éducation pour la santé et plus récemment d'éducation relative à la santé.

L'éducation à la santé a pour but d'aider les personnes à acquérir le meilleur état de santé compte tenu de leur héritage génétique et de l'environnement dans lequel elles vivent (Berthet, 1983). La préposition « à » spécifie l'objet d'une telle éducation qui est la santé. Legendre (2005, p. 507) définit l'éducation à la santé comme celle qui permet de

faire adopter des attitudes et des comportements favorables au maintien et au développement de la santé chez les personnes, les groupes d'individus et les populations.

Dans le même sens, pour Castillo (1987, p. 24), les actions entreprises dans le champ de l'éducation à la santé sont exercées en vue de modifier les manières de penser et d'agir en matière de santé, de conserver de saines habitudes de vie, d'apprendre à utiliser les services existants et aussi de promouvoir l'utilisation de moyens de protection susceptible de se mettre à l'abri des dangers sanitaires. L'éducation à la santé va ainsi opérer la traduction des acquis théoriques et techniques des disciplines sanitaires pour assurer leur mise en place efficiente par les individus. Comme on le constate, l'usage de la préposition « à » indique également une direction qui valorise l'obtention d'un état de santé. Mais, la définition même de la « santé » amène toute la question de son objectivation. En effet, comme nous l'avons déjà signalé précédemment, les différents acteurs de la santé portent un regard différent sur cet objet. La santé est avant tout vécue par les personnes elles-mêmes. En ce sens, l'objectivation « scientifique » de la santé se retrouve confrontée à la subjectivité individuelle. Dès lors, parler d'éducation à la santé renvoie à la question de l'intégration du subjectif et des expériences individuelles, au processus d'objectivation qui fonde le savoir scientifique.

On trouve aussi parfois l'expression « éducation (au sujet) de la santé » pour signifier l'objet de l'intervention : ainsi, Simms⁷ parle d'éducation au sujet de la santé dans un document consacré à la santé des femmes. Nous retrouvons ici une démarche que nous qualifierons de « didacticienne », centrée prioritairement sur la transmission de connaissances, de contenus. La santé est l'objet de l'enseignement et les savoirs enseignés viennent des professionnels.

Quant à l'expression « éducation sanitaire », on la retrouve également au sens de santé publique et elle fait référence aux politiques et programmes d'intervention ainsi qu'aux actions d'hygiène et de soins. Elle comporte des connotations épidémiologiques.

L'éducation à la santé peut-être également distinguée de *l'éducation pour la santé*. La préposition « pour » laisse *a priori* entendre une articulation d'utilité, d'instrumentalisation : l'éducation se fait pour la santé. Elle est un moyen, un instrument, un ressort pour la santé. Dans ce cas, il s'agit davantage d'un processus créant les conditions nécessaires au développement de la capacité des personnes et de groupes vis-à-vis de leur santé, en valorisant leur autonomie et leur responsabilité (Fischer et Tarquinio, 2006). La préposition « pour » indique une intention à l'égard de la santé. La santé devient le but. Mais, l'éducation pour la santé n'est pas une affaire de simple information ou transmission de connaissance, elle ne peut se faire sans la participation des personnes en tant qu'acteurs pouvant intervenir sur leur milieu de vie. C'est avant tout une action commune qui tend à mettre en place des outils de partage, d'échanges entre différents acteurs concernés. L'idée d'autonomie et d'autodétermination est alors au centre du processus éducatif (Rochon, 1988). L'éducation pour la santé facilite ainsi la rencontre entre les compétences des professionnels de santé et les compétences de la population en vue de contribuer à rendre les personnes plus autonomes. Pour Lecorps (1989, cité par Brix, Sandrin-Berthon et Baudier, 1996, p XV),

l'éducation pour la santé, est un acte d'accompagnement de l'homme pris dans ses trois dimensions : de sujet individuel désirant et contradictoire, de sujet inséré dans une culture qui le modèle et le contraint, de sujet politique collectivement responsable et à la fois dépossédé des choix de société qui conditionnent la qualité de la vie.

⁷ Simms, G. (1996). La santé des femmes, les minorités et la diversité - Une perspective canadienne. Ottawa : Forum canado-américain sur la santé des femmes.

L'éducation pour la santé s'intéresse donc aux personnes, en renforçant leurs capacités à poser des choix concernant leur santé, en vue d'adapter leurs conduites comme leur environnement (Le Centre d'expertise collective, 2001 ; Bouchet, 2000 ; Hagan, 1996 ; Cotton, 1982). Dans le même sens, Ewles et Simnett (2003) spécifient les principales caractéristiques de l'éducation pour la santé : (1) elle vise la personne tout entière et comprend tous les aspects physiques, mentaux, sociaux, culturels, émotionnels, spirituels et sociétaux ; (2) elle est dirigée vers les individus, les groupes et/ou les communautés ; (3) elle s'étend à toute la vie et aide les personnes à s'adapter et à créer des conditions de vie saine.

Au niveau communautaire, l'éducation pour la santé est le processus par lequel les groupes d'individus recherchent l'information en vue d'agir pour résoudre des problèmes de santé qui concernent leur communauté, en tenant compte des besoins et des ressources des personnes concernées (Turner et Kaplan, cités par Bury, 1988, p. 106).

L'éducation relative à la santé englobe une éducation « à » et « pour ». Cependant, elle se penche plus spécifiquement sur la relation que les personnes et les groupes sociaux entretiennent avec leur santé. Cette relation est essentiellement déterminée par la représentation individuelle et collective de la santé que chacun construit. Elle part de l'idée que la santé est le fruit d'une construction sociale, qu'elle est de l'ordre du ressenti individuel et/ou collectif ne coïncidant pas toujours avec des données dites objectives. L'éducation relative à la santé tend à ne pas séparer la personne de son contexte social et de sa trajectoire de vie dans lesquels son « agir » de santé prend un sens pour elle. La proposition « relative à » tend aussi à reconnaître la pluralité des registres qui caractérise la santé, voire sa polysémie. Le physique, le mental et le social, comme expérience humaine relative à la santé, occupent des places stratégiques tant dans l'existence individuelle que collective. Cependant, il nous faut constater que la distinction entre l'éducation pour la santé et l'éducation relative à la santé n'est pas toujours très évidente. Une même approche conceptuelle peut fluctuer d'une logique à l'autre selon l'interprétation et la valeur que l'on donne aux mots.

Si l'éducation à la santé, l'éducation pour la santé et l'éducation relative à la santé font référence à une conception spécifique et distincte de la santé et de l'éducation (voir

tableau 4), la plupart des auteurs utilisent indistinctement les différentes prépositions. On passe ainsi de l'une à l'autre (Mercier et Delville, 1988). Cependant, certains auteurs comme Gélinas et coll. (1997), font la distinction entre l'éducation à la santé et l'éducation pour la santé. Pour eux, la première expression se situe dans le paradigme positiviste, tandis que la seconde s'inscrit dans le paradigme constructiviste.

Dans le cadre de cette recherche, nous choisissons l'expression éducation relative à la santé. Celle-ci s'inscrirait plus spécifiquement dans une perspective socio-constructiviste en mettant l'accent sur le rôle des interactions sociales dans la construction des savoirs liés à la santé. En effet, la personne construit ses propres connaissances en matière de santé à travers son expérience vécue, dans et par les interactions avec les autres, mais aussi grâce aux échanges qu'elle établit avec le milieu qui l'entoure. Signalons également que placer notre recherche dans cette perspective socio-constructiviste, c'est aussi prendre en compte les attitudes et les sentiments des personnes.

2.3.3 Des approches éducatives

Les deux modèles de santé les plus souvent décrits (Bury, 1988) correspondent au système biomédical et au système biopsychosocial. Pour chacun des modèles, l'approche éducative est différente.

Dans le premier modèle, la santé est étroitement liée à la prévention des maladies. La dimension préventive est un moyen pour réduire l'incidence et la prévalence des maladies. Les interventions sont alors conçues en fonction des risques. Dans ce modèle, on questionne la ou les causes de la maladie et on agit sur la ou les conséquences (Fischer et Tarquinio, 2006 ; Bury, 1988). Dans le modèle de santé biomédical, les besoins sont principalement identifiés par les épidémiologistes. L'éducation est alors prescriptive et centrée sur la prévention du risque ; l'orientation des actions est le plus souvent définie par les professionnels. Mais il est possible que les personnes ne perçoivent pas l'intérêt d'agir et que cette éducation n'atteigne pas les objectifs proposés. Le second modèle englobe le premier en y ajoutant plusieurs éléments de la définition de la santé selon l'Organisation mondiale de la santé : bien-être physique,

mental et social. Le modèle biopsychosocial apporte donc une dimension à la fois objective et subjective, en tenant compte des groupes ciblés et de leur âge (Fischer et Tarquinio, 2006).

Ces deux modèles rendent compte de deux logiques éducatives distinctes (Fischer et Tarquinio, 2006 ; Bury, 1988). La première se situe plutôt dans une logique d'enseignement (Tableau 2). L'enseignement peut être défini comme un ensemble d'actions dans le but de favoriser l'atteinte d'objectifs préalablement ciblés (Legendre, 2005 ; Sauvé, 1997). On y utilise des méthodes transmissives des savoirs à acquérir. Cette première logique éducative est le plus souvent mise en lien avec l'éducation formelle et rejoint la notion d'éducation à la santé (Fischer et Tarquinio, 2006). L'éducation a ici clairement le sens de transmission d'informations de la part de l'expert vers une population ciblée. Les rôles de part et d'autre sont relativement bien délimités.

Tableau 2
Logique éducative selon le modèle biomédical (inspiré de Bury, 1988)

Éducation	Éducation comme transmission d'informations Accent mis sur la prévention Centrée sur le comportement
Rôle du professionnel	Acteur principal Émetteur d'informations
Population	Public passif
Épistémologie	Causalité linéaire de la santé / maladie Santé objective Paradigme positiviste, quantitatif

La seconde logique éducative (Tableau 3) s'insère dans une démarche dite d'apprentissage dont l'acteur principal est la personne (sujet) qui apprend. La personne contribue ainsi à la définition des objectifs et des contenus d'apprentissage (Fischer et Tarquinio, 2006). L'apprentissage résulte donc d'une interrelation entre la personne et l'objet (Sauvé, 1997). L'éducation y est vue comme un processus volontaire, individuel ou collectif, impliquant notamment la communication, la participation et la prise en charge autonome (Bury, 1988). Elle part des problèmes vécus directement par la

personne ou les membres de la communauté (Paret, 1988). Elle vise à faciliter l'adaptation et, ou l'ajustement relativement au milieu de vie.

Tableau 3
Logique éducative selon le modèle biopsychosocial (inspiré de Bury, 1988)

Éducation	Processus d'acquisition des savoirs Accent mis sur la personne Changement de comportement avec la participation des personnes ciblées
Rôle du professionnel	Rôles variés - acteur secondaire Facilite la participation et l'expression des personnes Orie et motive la population
Population	Public actif et participatif Valorisation de sa participation Accent mis sur la prévention primaire
Épistémologie	Paradigme constructiviste, qualitatif

Il nous semble qu'une troisième logique éducative pourrait être mise en évidence. Celle-ci serait centrée sur le développement intégral de la personne conduisant à une prise de conscience de sa relation à sa santé. Elle n'est pas spécifiquement de visée préventive. Elle s'inscrit plutôt dans une démarche qui transforme et enrichit le rapport à la santé. Elle met l'accent sur le développement, le renforcement ou le partage des compétences individuelles ou communautaires en matière de santé. Cette logique se situerait en étroite relation avec les deux précédentes, car elle est centrée sur l'amélioration de la santé, et plus spécifiquement avec la logique d'éducation pour la santé ou l'accent est mis sur la participation de la personne. Rappelons qu'en mettant l'importance sur le rôle des interactions sociales, elle adopte une posture socio-constructiviste.

Le croisement des deux modèles de santé (biomédical et biopsychosocial) avec les différentes visions de la relation éducation-santé permet d'identifier différentes orientations possibles en matière d'éducation pour (à, relative à) la santé (Deccache et Merremans, 2000). Le tableau 4 identifie cinq approches éducatives.

Tableau 4 : Approches d'éducation « à », « pour », « relative à » la santé
(adapté de Deccache et Merremans, 2000)

Modèle de relation éducation-santé	Modèles de santé	
	Modèle biomédical	Modèle biopsychosocial
Éducation à la santé Relation enseignement spécialiste → sujet	Approche éducative 1 Enseignement des savoirs médicaux Exemple : Campagne pour encourager un comportement sain	Approche éducative 2 Enseignement des savoirs de santé à la fois physique, mentale, sociale Exemple : Organisation d'un exposé débat avec des spécialistes de différentes disciplines
Éducation pour la santé Relation apprentissage sujet → objet	Approche éducative 3 Apprentissage des savoirs médicaux Exemple Organisation d'une réunion participative sur les risques pour la santé	Approche éducative 4 Apprentissage des savoirs de santé à la fois physique, mentale et sociale Exemple : Mise en place d'un groupe de discussion
Éducation relative à la santé Relation éducative sujet ↔ objet		Approche éducative 5 Développement global de la personne impliquant la prise de conscience de son rapport à santé (attitudes, valeurs, idéologies, etc.) en vue d'un agir. Exemple : Rencontres individuelles et/ou collectives pour clarifier ses représentations de la santé en lien avec ses pratiques. Visée émancipatrice, réflexive.

La première approche éducative correspond à l'enseignement de la prévention et des comportements pouvant empêcher ou diminuer les risques de maladie. Les savoirs véhiculés sont d'ordres scientifiques, épistémologique et/ou clinique. La seconde approche éducative amène la prise en compte des aspects non médicaux. Les savoirs

restent cependant prédéfinis par les experts. Dans ces deux cas, nous nous situons dans une éducation à la santé.

La troisième approche éducative correspond à l'apprentissage de savoirs médicaux. Les personnes contribuent aux contenus (objectifs) et aux processus d'apprentissage. La quatrième approche éducative est fondée sur une vision globale de la santé et adopte également une logique d'apprentissage. Dans ces deux cas, nous nous situons dans une éducation pour la santé.

À cette typologie (adaptée de Deccache et Merremans, 2000), nous ajoutons une cinquième approche éducative qui propose le développement intégral de la personne. Cette logique donne un espace de réflexion critique aux personnes et aux groupes afin d'amener des changements « réalisables » et « souhaitables ». Notre démarche de recherche, dans son volet « stratégie d'intervention », s'insère pleinement dans cette dernière approche éducative. Celle-ci correspondant à une éducation relative à la santé.

Dans le cadre de notre recherche, notre choix va dans le sens d'une approche éducative relative à la santé centrée sur les personnes. L'éducation relative à la santé met l'accent sur la co-construction de savoirs dans une perspective critique. Elle engage un travail sur les représentations individuelles et sociales face à la santé. En d'autres termes, elle nous interpelle sur la façon que nous percevons la santé en général et plus spécifiquement notre santé. Nous situons une telle démarche dans le champ plus large de la promotion de la santé. Nous prenons en compte entre autres les dimensions sociale, culturelle et historique de la santé et de l'environnement des personnes et les liens entre les deux.

2.4 L'environnement

Le concept d'environnement est particulièrement complexe. Véritable mot caméléon, il n'a pas toujours eu le même sens pour tous ceux qui l'utilisent et varie en fonction des

contextes. Dans cette section, nous cherchons à lui donner une définition opérationnelle pour notre recherche.

Sauvé (1997, p. 42) observe que l'environnement correspond à une réalité générale :

Il s'agit de l'ensemble des composantes du milieu, en interrelation avec l'environné (ou un groupe d'environnés) qui ne se définit qu'en contexte [...] Il n'existe pas un environnement, mais des environnements.

L'environnement n'est donc plus approché comme un cadre extérieur, ni comme une simple enveloppe qui entoure les personnes. L'accent est de plus en plus mis sur la dynamique relationnelle modulée entre autres par les différentes configurations spatiales de l'habitat, de l'aménagement urbain, des espaces de loisirs, etc., et aussi par ses différentes composantes biophysiques telles que la qualité de l'air, la contamination des sols, l'humidité, etc. L'environnement est approché comme un lieu de vie, un lieu d'action, un lieu d'adaptation. Nous nous trouvons alors dans un système d'interaction où l'environnement influence les conduites des individus et à son tour, l'individu agit lui aussi sur l'environnement (Bonardi et coll., 2002).

Comme nous l'avons signalé au chapitre précédent, Sauvé (2000 ; 1997) a mis au jour et caractérisé différentes représentations de l'environnement qui peuvent être associées à une approche psychosociale comme celle de Fischer (2002 ; 1997) que nous présentons ci-dessous. Cette typologie peut donc être cohérente dans le cadre de notre recherche portant sur les représentations sociales de populations défavorisées. Elle aide à poser un regard sur les différents modes de relation à l'environnement. Rappelons que ces représentations font références à l'environnement nature (à apprécier, à respecter, à préserver), l'environnement problèmes (à résoudre), l'environnement ressource (à gérer), l'environnement système (à comprendre), l'environnement milieu de vie (à connaître, à aménager), l'environnement biosphère (lieu de solidarité globale) et l'environnement projet communautaire (ou s'engager) et l'environnement système (Sauvé, 2000 ; 1997)⁸.

⁸ Une typologie des représentations de l'environnement correspond à une méta-représentation. C'est le résultat d'une démarche heuristique qui s'appuie sur le cadre de référence adopté par le chercheur. Chaque recherche sur les représentations de l'environnement peut finalement aboutir à une typologie particulière en fonction du contexte, du type de sujets interrogés, du mode de collecte des données empiriques et du cadre d'analyse. Berryman (2006) a présenté dans sa thèse

Fischer (2002 ; 1997) aborde la notion d'environnement sous l'angle de la psychologie sociale. Il fait entre autres référence à la notion d'espace et de territoire pour cerner le concept d'environnement : « ce rapport dialectique entre le milieu tel que nous le rencontrons et l'activité humaine qui s'y manifeste » (Fischer, 1997, p. 10). L'environnement est ainsi appréhendé selon plusieurs niveaux interreliés. Il correspond à l'ensemble des lieux biophysiques aménagés ou non aménagés, comprenant à la fois des espaces et des équipements, à l'intérieur desquels peuvent s'exprimer des conduites humaines. Les travaux de Kurt Lewin (1972, cité par Fischer, 2002, p. 18) avaient déjà mis en évidence cette interdépendance entre l'individu et ses environnements. La notion d'espace ainsi abordée amène l'idée du territoire avec la socialisation du lieu et ses aspects culturels. On peut aussi mettre en évidence l'idée de limites, de frontières... Limite d'une région, d'un quartier, d'un terrain, etc. Par ailleurs, la notion de lieu - sous-jacente à celle d'espace - exprime ce que représente ou signifie un espace donné pour la personne ou le groupe, et la manière dont il est vécu. Il peut donc s'agir également des aspects sociaux d'un endroit (Tunstall et coll., 2004). En ce sens, on peut dire que le territoire correspondrait à l'espace occupé humainement et socialement. Il comporte alors une dimension socio-cognitive et psychologique. Cette approche du concept d'environnement met l'accent sur les relations que la personne établit avec les divers espaces dans lesquels elle se trouve.

Avec la notion d'espace et de territoire, Fischer (2002 ; 1997) amène une typologie intéressante de l'environnement de la quotidienneté et du milieu de vie. Ainsi, le territoire primaire est un espace occupé de façon stable et identifié, un lieu refuge qui permet le retrait de l'individu. C'est le cas par exemple de son logement, de son appartement. La notion de territoire secondaire pourrait se situer entre l'environnement milieu de vie et environnement communautaire. En effet, le territoire secondaire correspond à des « lieux sociaux qui permettent à des personnes de se retrouver et qui peuvent faire l'objet d'une appropriation spécifique si le groupe a l'habitude de s'y réunir » (Fischer, 1997, p. 28). Nous pourrions mentionner comme exemple une maison de quartier, le

un ensemble de 22 classifications ou typologies visant à saisir la diversité des significations relatives à l'idée d'environnement et la diversité des modes de relations à l'environnement. Pour notre recherche, la typologie de Sauvé (2000, 1997) nous paraît *a priori* l'une des plus adaptées comme outil d'analyse dans le cadre de notre recherche. Nous l'articulons avec les notions d'espace et de territoire amenées par Fischer (2002, 1979).

restaurant social, le café, la salle d'attente d'une antenne médicale, etc. Les personnes qui fréquentent ces lieux ont souvent des caractéristiques communes. Enfin, le territoire public désigne un espace accessible à tous tel que les parcs, les rues, les cabines téléphoniques, etc.

Notre recherche s'ancre dans deux quartiers urbains vus comme des espaces habités et socialisés. Elle met l'accent sur la dimension psychosociale en relation avec une vision de l'environnement qui inclut nécessairement des éléments biophysiques. Cette conception psychosociale de l'environnement amenée par Fischer (2002 ; 1997) nous fournit la base d'une grille de lecture de la réalité, qui sera utilisée dans la confection de nos outils de collecte de données pour appréhender les représentations des personnes et les conduites à l'oeuvre. Nous présentons nos outils au chapitre suivant. L'environnement est approché sous l'angle d'un espace vécu, occupé, approprié : quartier, rue, logement. Il ne peut être réduit seulement à l'image d'un décor ou de cadre pour les conduites des personnes. Nous concevons donc l'environnement comme un réseau complexe d'interactions multiples entre deux grands champs : l'humain et les composantes biophysiques du milieu. Ce réseau est composé de systèmes (culturel, social, économique, naturel, etc.) et sous-systèmes interreliés. Cette façon de voir les choses correspondrait à celle de l'environnement comme système socio-écologique.

2.5 L'éducation relative à l'environnement

Nous avons vu précédemment que l'environnement correspond à une réalité plus ou moins vaste, complexe et spécifique. Dans le contexte de cette recherche, nous adoptons une conception de l'environnement comme milieu de vie quotidienne et communautaire accordant une place privilégiée aux réalités sociales. Nous avons également clarifié que nous appréhendons la dimension éducative dans une posture socio-constructiviste.

Quant à l'éducation relative à l'environnement, il ne nous semble pas pertinent de faire une recension exhaustive des définitions. Nous nous contenterons de rappeler l'une des définitions proposées par Sauvé (1997, p.53), que nous faisons nôtre, d'une part parce

qu'elle s'intéresse au réseau des relations qui existent entre les personnes, le groupe social et les éléments de son milieu de vie et d'autre part, parce qu'elle intègre des éléments praxiques.

L'éducation relative à l'environnement est une dimension intégrante du développement des personnes et des groupes sociaux et qui concerne leur relation à l'environnement. Au-delà de la simple transmission de connaissances, elle privilégie la construction de savoirs collectifs dans une perspective critique. Elle vise à développer des savoir-faire utiles associés à des pouvoirs-faire réels. Elle fait appel au développement d'une éthique environnementale et à l'adoption d'attitudes de valeurs et de conduites imprégnées de cette éthique. Elle privilégie l'apprentissage coopératif dans, par et pour l'action environnementale.

Cette définition met en évidence que l'éducation relative à l'environnement peut contribuer à notre développement global et influencer la façon dont nous percevons le monde qui nous entoure, notre milieu de vie ou notre environnement immédiat. Notre contact direct avec cet environnement façonne la relation que nous avons avec celui-ci. L'éducation relative à l'environnement se penche sur notre rapport au monde, sur notre relation avec notre milieu de vie. Les liens entre les aspects biophysiques et sociaux sont pris en compte dans les interventions éducatives. Son objet propre ne sera pas l'environnement, mais notre relation à l'environnement (Sauvé, 2000).

Aussi, l'éducation relative à l'environnement n'est pas seulement une transmission de connaissances biologiques, chimiques et physiques à propos des problèmes environnementaux, mais un encouragement à l'utilisation de ces connaissances afin de se construire une compréhension des réalités et de regarder les problèmes ou défis environnementaux avec un oeil critique et sous tous ses angles. Elle vise à induire des dynamiques sociales au sein des communautés et à favoriser une approche collaborative et critique des réalités vécues ainsi que la prise en charge de projets amenés par les personnes (Sauvé, 2000).

La démarche d'éducation relative à l'environnement que nous privilégions prend appui sur les représentations sociales entre autres de l'environnement comme diagnostic éducatif. Elle est centrée sur les personnes. Elle les interroge sur leurs conditions d'être et leur milieu de vie. Elle vise à construire et renforcer l'estime de soi, mais surtout la prise de conscience des personnes qui s'inscrit dans un processus émancipatoire, pour

le développement de l'autonomie et du pouvoir-faire de la communauté. Elle est ancrée dans la réalité quotidienne et vécue des personnes et du groupe social.

Dans notre recherche, l'éducation relative à l'environnement est liée à l'éducation relative à la santé. L'environnement, comme dimension moins intime, permet de susciter l'engagement des personnes autour de projets signifiants et mobilisateurs pour la collectivité. La santé étant plus personnelle sera abordée sous l'angle environnemental. Nous mettons prioritairement l'accent sur le lien entre l'environnement et la santé.

2.6 La santé environnementale

Le lien entre santé et environnement nous amène à l'idée de santé environnementale. La santé environnementale traduit l'existence de liens entre la santé humaine et la qualité de l'environnement. Elle s'appuie sur une approche élargie de la santé. Être en santé, c'est beaucoup plus que le simple fait de ne pas être malade. Rappelons que la santé, selon la vision globale que nous adoptons dans cette recherche, se définit plus par une valeur positive, un état de bien-être, à la fois physique et psychologique, qui comporte la capacité pour chacun d'intervenir sur sa propre condition. La santé constitue, en ce sens, une ressource de la vie quotidienne.

Plusieurs facteurs ont une influence déterminante et conjuguée sur la santé. L'un de ces facteurs est l'environnement dans lequel nous vivons, c'est-à-dire le milieu biophysique et le milieu social. La Charte européenne de l'environnement et de la santé, publiée en 1989 par l'Organisation mondiale de la santé, énonce le principe selon lequel

la bonne santé et le bien-être exigent un environnement propre et harmonieux dans lequel tous les facteurs physiques, psychologiques, sociaux et esthétiques reçoivent leur place.

Cette façon d'aborder la relation entre l'environnement et la santé ajoute les dimensions de promotion de la santé et d'esthétique aux données biologiques, sociales et psychologiques habituelles (van Steenberghe et Doumont, 2005). Vu sous cet angle, le concept de santé environnementale fait également référence à cette notion de qualité de vie à laquelle nous avons déjà fait allusion précédemment. Il fait référence aux actions

de prévention et d'amélioration du cadre de vie en reconnaissant l'importance de l'apport social, culturel, esthétique, et autres dans les questions de santé publique (van Steenberghe et Doumont, 2005).

Dix ans plus tard, lors de la Conférence ministérielle européenne « Santé et environnement », il est dit que « l'environnement est la clé d'une meilleure santé » (OMS, Londres, juin 1999). Le concept de santé environnementale est vu comme très englobant. Il s'appuie sur le constat que l'état de santé de toute personne humaine est fortement influencé par l'environnement. Il met l'accent sur le fait qu'il faut valoriser l'action de prévention des risques en favorisant la reconnaissance des différents environnements naturels et sociaux, affirmer l'importance de la culture et de l'esthétique dans les questions de santé et aider les personnes les plus pauvres à atteindre un niveau de bien-être (Paul, 2004, p. 137).

Selon Mougenot (1998), il y a une similitude profonde entre la santé et l'environnement : tous les deux sont l'interface d'une nature (corps, nature), d'une culture (ce sont entre autres les significations sociales que les personnes donnent à leurs réalités), et des avancées techno-scientifiques.

Pour de nombreux praticiens de la santé environnementale, l'un des éléments clés est l'estimation du risque encouru par les personnes (Howze, Baldwin et Crozier Kegler, 2004). Cette perspective est essentiellement centrée sur l'épidémiologie qui « donne le moyen de rationaliser et d'ordonner, de contenir le désordre causé par des phénomènes tels que la maladie et la mort, et de leur rendre leur incertitude plus contrôlable » (Peterson et Lupton, 1996, cité par van Steenberghe et Doumont, 2005, p. 10). La santé environnementale met alors l'accent sur les causes « externes » dans le développement de nouvelles pathologies. En cas d'altération de la santé, les causes sont toujours multiples. Elles peuvent provenir « de l'intérieur » avec des causes héréditaires (génétiques), congénitales, fonctionnelles, lésionnelles, psychosomatiques ou encore dues au système immunitaire, mais elles peuvent aussi être engendrées par des éléments extérieurs tels que des facteurs physiques (radiations ionisantes), des facteurs chimiques (plomb, contaminants dans les sols) et des facteurs vivants (germes,

microbes, parasites). Elles peuvent aussi avoir des liens avec des comportements personnels ou culturels (violence, tabagisme, alcoolisme).

Le concept de santé environnementale est en constante évolution. Il résulte finalement d'une convergence entre les dégradations de l'environnement, la conscience qu'en ont les populations, les connaissances établies sur les liens entre la santé et l'environnement, et les progrès de la recherche dans ce domaine. La santé environnementale s'inscrit habituellement dans une démarche réactive : réaction par rapport à un problème environnemental, réaction par rapport à un problème de santé causé par l'environnement. Si nous reprenons la définition de l'Organisation mondiale de la santé - état de bien-être physique, mental et social - il est important de mettre également l'accent sur l'amélioration de son environnement pour un mieux-être. Cela correspondrait à la conception de l'environnement qualité de vie dont parle Goffin (1999). Nous privilégierons une approche socio-écologique de la santé en mentionnant que l'environnement urbain dans lequel nous ancrons notre recherche peut concourir à détruire la santé (pollution, bruit, isolement, etc.) ; mais aussi comme un lieu de vie, de culture, de promotion sociale, d'échanges, de loisirs, de création, etc., un lieu qui appelle la santé et l'épanouissement des personnes.

2.7 L'éducation relative à la santé environnementale

L'éducation relative à la santé environnementale intègre entre autres les dimensions éducationnelles relatives à la santé et relatives à l'environnement. Elle se pencherait sur les rapports entre les personnes, leur santé et leur environnement. Un des objectifs centraux de l'éducation relative à la santé environnementale est d'augmenter la capacité des individus à s'approprier les savoirs et à autogérer leur environnement dans une perspective de santé. Elle met l'accent sur les personnes en interaction forte avec les divers environnements qu'elles occupent (Paul, 2004). C'est dans ce sens que tant pour répondre aux dangers de santé en lien avec l'environnement que pour développer un milieu de vie bénéfique pour la santé, plusieurs auteurs (Freudenbergh, 2004 ; Crosier Kegler et coll., 2004 ; Sauvé et Godmaire, 2004 ; Labonte, 1995) estiment qu'il faut mettre l'accent sur la dimension communautaire.

La conception de l'éducation relative à la santé environnementale que nous soumettons ici repose sur cette dimension communautaire⁹ et participative. Elle partage la définition de l'éducation de Lazarus (2001) que nous avons présentée précédemment. Le champ éducatif en santé environnementale s'intéresse aux rapports individuels et sociaux en lien avec la santé et avec l'environnement. Lors d'une communication dans le cadre du Congrès du Réseau canadien d'éducation et de communication relative à l'environnement (2002), van Steenberghe, Sauvé et Godmaire mentionnent que l'objet spécifique d'un tel champ éducatif inclut les éléments suivants :

- la qualité de la vie humaine au regard des conditions environnementales ;
- les atteintes à la santé des composantes de notre environnement ;
- les effets et les impacts des activités humaines sur les composantes environnementales ;
- l'évaluation des risques pour la santé : risques associés aux divers facteurs environnementaux, risques associés aux modes de vie, risques associés aux choix de solution ;
- les solutions individuelles et/ou collectives aux problèmes qui se posent : en amont sur les composantes de l'environnement (prévention primordiale), en aval sur la santé ;
- les conditions d'un bien-être et la création d'environnement favorable à la santé, mais aussi l'adoption de conduites bénéfiques en matière de santé en relation avec notre environnement. Cela concerne entre autres l'alimentation et l'activité physique.

Nous rejoignons l'idée de Freudenberg (2004) pour qui la prise en compte des déterminants de la capacité communautaire permet la mise en place d'interventions éducatives appropriées. Le développement des capacités communautaires permet de resserrer le réseau de relations au sein de la communauté et de préparer ses membres à échanger leurs idées autour d'un plan d'action ou d'un projet. Au-delà de l'agir, il renforce le sentiment d'appartenance au groupe et crée un ensemble de liens inter-

⁹ Parler de communauté c'est une façon de s'opposer à un « Moi » atomisé délié de toutes appartenances et de valoriser l'idée d'un « Nous ». La communauté est fondée sur le réseau des liens entre les personnes dans un contexte spécifique. Elle suppose un certain degré d'attachement et d'enracinement. (Tönnies, F., 2010 ; Sainsaulieu, I, 2010 ; Vibert, S., 2004)

individuels et inter-structurels pouvant avoir un impact positif sur la santé globale de la collectivité. Dans une telle perspective, l'approche ne peut être directive, mais plutôt accompagnatrice. Dès lors, les membres de la communauté participent pleinement à la planification du projet qui résulte de la prise de conscience de la situation et implique la mise en place de conditions favorables aux changements. Une telle démarche d'éducation relative à la santé environnementale ne peut par conséquent être uniquement associée à la prescription de conseils, aussi judicieux soit-il. Mais, au-delà d'une dynamique d'animation, elle doit aussi intégrer une dimension empathique. Ce point nous semble d'autant plus important quand on intervient avec des personnes défavorisées.

Goodman et coll. (1998, cité par Freudenberg, 2004, p. 473) proposent deux définitions complémentaires de la capacité communautaire. Premièrement, il s'agit des caractéristiques des communautés qui influencent leurs habiletés à identifier les problèmes sociaux et de santé publique et à se mobiliser pour contribuer à les résoudre. Deuxièmement, c'est l'usage des connaissances, des habiletés et des ressources qui influencent l'implication de l'individu et l'ensemble de la communauté. Comme on le constate, la première définition met l'emphasis surtout sur le résultat alors que la seconde se centre plutôt sur le processus qui est créé à partir de cette capacité communautaire.

En tenant compte des représentations sociales comme diagnostic préalable pour la mise en place d'intervention éducative relative à la santé environnementale, nous ouvrons la voie à une dimension communautaire et à l'amorce d'un processus de « capacitation » par la prise de conscience des opinions, des attitudes, des croyances, des idéologies, etc. au sujet de la santé et de l'environnement et du lien entre les deux au sein des groupes concernés. Cette dimension communautaire est vue comme génératrice de cohérence. Elle favorise le développement d'une dynamique de changement ancrée sur les dimensions culturelles, à savoir les modes de vie, les habitudes alimentaires, les croyances...

2.8 Les populations défavorisées

Comme nous l'avons mentionné dans l'exposé de la problématique de cette recherche, les questions d'inégalités socio-écologiques font l'objet de nombreuses études. Elles mettent en évidence que les conditions de vie matérielles et sociales des populations défavorisées influencent leur état de santé et l'accès aux services de santé. Il nous semble opportun dans cette section de clarifier notre public cible. Qu'entend-on par populations défavorisées ?

Nous devons constater que la littérature utilise principalement le terme de pauvreté. Il n'existe aucune définition universelle de la pauvreté, même si cette notion évoque intuitivement un état de faiblesse de ressources, de conditions d'existence dégradées et une position sociale défavorisée aux regards de modes de vie comme acceptables dans la société (Loisy, 2000 ; Vez, 1996). On se trouve donc confronté au fait qu'il s'agit essentiellement d'une construction sociale dépendante entre autres du contexte socio-économique et idéologique où elle s'élabore. Aussi, une multitude d'expressions viennent souvent qualifier cette notion de pauvreté (pauvreté résiduelle, pauvreté monétaire, précarité, exclusion, défavorisation, etc.) ou encore caractériser ceux qui la vivent (quart-monde¹⁰, inadaptés sociaux, exclus, défavorisés, etc.). Cette notion de pauvreté reste donc très relative et elle est appréciée de façon variable (La Rosa, 1998). Une déconstruction de cette notion de pauvreté nous semble un préalable pour mieux cerner certaines caractéristiques de notre public cible. Plusieurs auteurs (Loisy, 2000 ; Vez, 1996) parlent d'une approche plurielle du concept de pauvreté et du caractère multidimensionnel du phénomène. Ceux-ci mettent en évidence deux grandes conceptions de la pauvreté : la pauvreté « absolue » et la pauvreté « relative ».

¹⁰ Signalons l'existence du Mouvement ATD Quart Monde – www.atd-quartmonde.org qui défend l'accès des plus pauvres à l'exercice de leurs droits et vise l'éradication de l'extrême pauvreté. Ce mouvement est surtout présent en Europe et sensibilise l'opinion des citoyens en vue d'obtenir des changements politiques. Une antenne locale existait dans le quartier de la Samaritaine (quartier choisi pour ancrer notre collecte de données – voir chapitre IV). Le Mouvement ATD Quart Monde paraît moins présent au Québec. Par contre, le Collectif pour un Québec sans pauvreté – www.pauvrete.qc.ca – est un mouvement et un espace citoyen qui rassemble une pluralité d'acteurs sociaux qui visent les mêmes objectifs d'amélioration des conditions de vies des personnes les plus démunies.

La pauvreté absolue aborde la question sous l'angle des dépenses de consommation. Cette conception fait référence à un seuil de ressources minimal en dessous duquel une personne ne peut vivre décemment (Campeau et coll., 2004 ; Loisy, 2000 ; Vez, 1996). Le calcul de ce seuil suppose que les personnes n'ont d'autres choix que de consommer les biens identifiés comme nécessaires et aux prix le plus bas (nourriture, logement et vêtements). Cette approche du concept de pauvreté relève avant tout d'une décision de nature politique (Concialdi, 2003 ; Loisy, 2000).

La pauvreté relative quant à elle, se définit en fonction des modes de vie d'une société ciblée. Elle fait référence aux écarts de revenus entre les personnes (Campeau et coll., 2004). La pauvreté est donc appréhendée par rapport aux standards de vie de la société. La détermination du seuil n'a pas la même signification que dans l'approche absolue (Loisy, 2000). Elle est plutôt arbitraire. Les indicateurs de pauvreté relative ne sont plus basés exclusivement sur les revenus, mais plutôt sur des inégalités. En ce sens, la pauvreté est vue plutôt comme un minimum « social » de participation à la communauté.

Néanmoins pour Vez (1996), dans ces deux cas, la notion de revenu reste matériellement et méthodologiquement fondamentale. À cet effet, La Rosa (1998) observe que les indicateurs de type économique sont trop souvent utilisés. Mais, malgré les lacunes de cette conception de la pauvreté, il est un fait que plus le revenu est faible, plus la probabilité de l'absence d'autres ressources sous forme de patrimoine matériel, de formation scolaire et professionnelle est élevée.

Comme nous l'avons signalé auparavant, d'autres expressions associées à la pauvreté sont aussi abordées dans la littérature consultée.

La précarité fait référence à des facteurs ou des processus pouvant conduire à la pauvreté et à l'exclusion (Berthod-Wurmser, 2002 ; Loisy, 2000 ; La Rosa, 1998). Pour Christian Loisy (2000), elle peut se définir comme l'absence d'une ou plusieurs des sécurités. Celles-ci peuvent être associées à de nombreux facteurs dont les facteurs économiques et sociaux qui, en se combinant, risquent de faire évoluer les personnes vers des situations d'extrême pauvreté, à la limite de l'exclusion. Il n'existe pas d'indicateurs de précarité. Les caractéristiques de la population précaire restent très

floues. La précarité définit plutôt une situation dans laquelle la personne se trouve. La précarité peut s'analyser comme un ensemble de facteurs de risques et d'incertitude comme l'emploi ou le logement qui conduirait à la pauvreté.

Un autre concept rencontré est celui d'**exclusion**. Ce concept présente des contours flous, fluctuants. Pour Berthod-Wurmser (2002) et Loisy (2000), l'exclusion sociale serait un processus complexe aux dimensions multiples. L'exclusion ferait référence à un ensemble de ruptures tant sur le plan des relations sociales que sur le plan symbolique. Il s'agit à la fois d'un processus et d'un état, consacrant un défaut d'intégration.

Ainsi, au-delà des dimensions physique et matérielle de la pauvreté, se retrouvent les dimensions affective, sociale et psychologique. Celles-ci sont peu prises en compte dans les différentes approches de la pauvreté. Pourtant, elles demeurent très importantes pour comprendre le vécu des personnes qui sont touchées par cette situation. C'est ainsi que dans leurs travaux sur les inégalités sociales de santé, Pampalon et Raymond (2000) recourent à un indice de défavorisation dont les assises théoriques et méthodologiques s'appuient sur les idées et les travaux de Townsend (1987) de même que sur la littérature abondante concernant les liens existants entre les conditions socio-économiques de la population et la santé. Pour Townsend (1987), la défavorisation revêt deux dimensions : l'une matérielle, l'autre sociale. Alors que la première reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante pouvant se traduire entre autres par un faible niveau de scolarisation, l'absence d'emploi et de faible revenu, la seconde renvoie à la fragilité du réseau social, affectif pouvant se traduire par l'isolement : personnes vivant souvent seules, familles monoparentales, espérance de vie en santé plus faible, etc.

Pour notre part, nous privilégions l'usage du terme **défavorisé** vu comme un état de désavantage relatif face à la communauté locale ou à l'ensemble de la société à laquelle appartient l'individu. Ce concept englobe tant une dimension matérielle (biens et commodités) que sociale (réseau social, isolement). Dès lors, dans le cadre de notre recherche, le choix de notre population cible se fera selon les critères suivants : un revenu qui sera équivalent ou inférieur à l'aide sociale, un niveau de scolarité faible et l'accès à un logement.

2.9 En synthèse

Au cours de ce chapitre, nous avons présenté une analyse des concepts fondamentaux de cette recherche doctorale. La figure 2 permet de les relier entre eux.

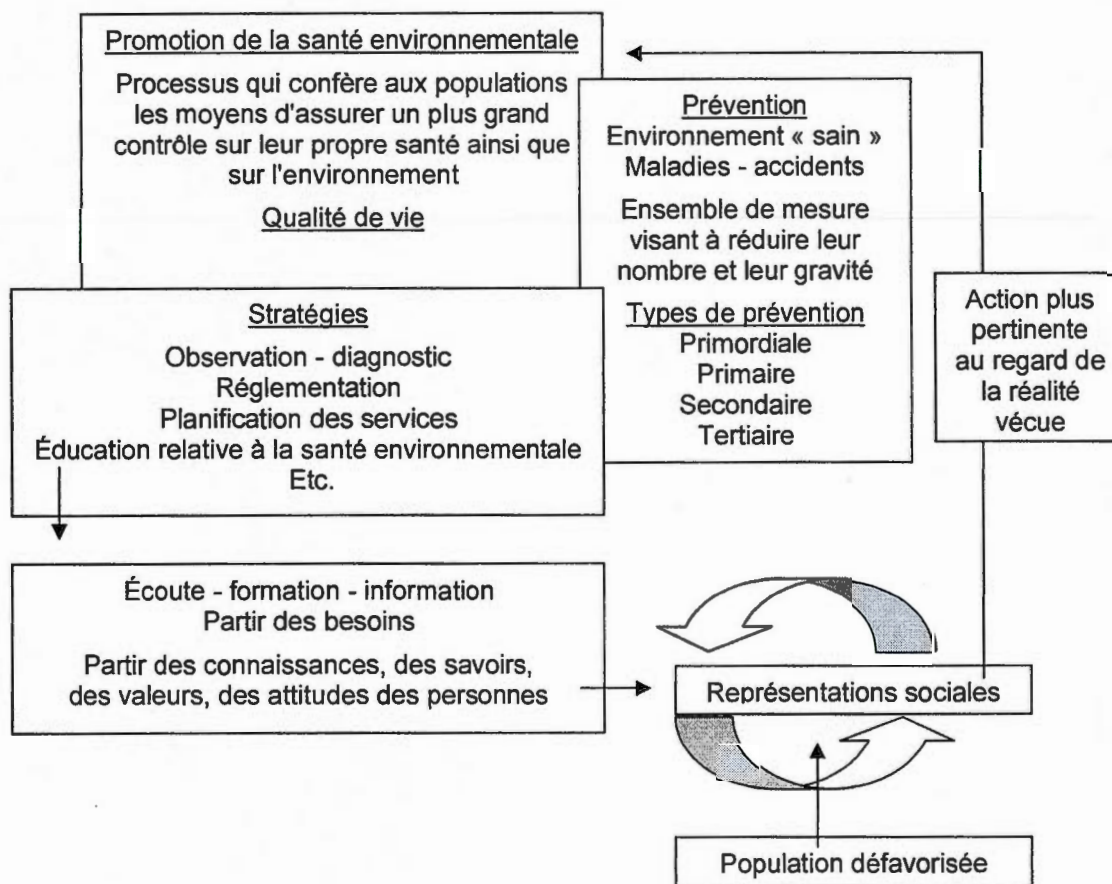


Figure 2 : Cadre conceptuel

Notre recherche s'appuie sur la théorie des représentations sociales, plus spécifiquement elle s'intéresse aux représentations sociales de la santé, de l'environnement et des liens entre les deux. Nous avons mentionné que les représentations sociales sont des phénomènes dynamiques. Elles se construisent et s'élaborent à travers la communication et les interactions sociales ; elles s'insèrent dans - et participent à - une réalité sociale. Dans cette logique-là, les représentations sociales ne sont pas uniquement un ensemble d'éléments cognitifs, affectifs et de l'ordre des

valeurs, mais aussi une cognition mise en acte et en action. Explorer les représentations est ainsi un moyen de mieux comprendre le rapport à la santé et à l'environnement, de même que la façon dont les relations entre eux sont appréhendées et vécues.

Nous avons vu précédemment à travers la définition même de la santé, le lien étroit entre celle-ci et l'environnement. Ce lien est explicite dans la conception de la promotion de la santé telle qu'elle est envisagée dans la Charte d'Ottawa (1986) où l'individu est considéré dans son rapport dynamique avec son environnement. La santé est alors vue comme une ressource de la vie quotidienne pour accéder au bien-être et non plus comme un seul but à atteindre.

En lien avec la problématique de cette recherche, nous avons mis en évidence toute l'importance de prendre en compte les représentations sociales de la santé, de l'environnement et du lien entre les deux chez les personnes défavorisées afin de développer des interventions plus appropriées en matière de promotion de la santé et plus spécifiquement d'éducation relative à la santé, à l'environnement et à la santé environnementale.

Nous parlons de personnes défavorisées comme population cible dans le cadre de notre recherche. La défavorisation tant matérielle que sociale est une réalité présente dans nos sociétés occidentales. Ce terme est plus englobant que celui de pauvreté qui, selon nous, met trop l'accent sur la dimension économique.

Notre recherche a pour visée la mise en place de stratégies d'intervention éducative capable de stimuler le développement de l'autonomie et d'une capacité d'adaptation chez les sujets. Cette démarche passe par un temps d'écoute et d'ouverture à notre public cible pour prendre appui sur leurs croyances, leurs savoirs, leurs attitudes, leurs valeurs. En somme, sur les différents éléments qui constituent leurs représentations sociales.

Notre recherche s'inscrit enfin dans la lutte aux inégalités socio-environnementales de santé qui constitue encore un enjeu majeur dans nos sociétés. Elle vise ultimement à améliorer les conditions de vie des personnes défavorisées en milieu urbain.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

La figure du chercheur qui utilise des méthodes qualitatives s'apparente à bien des égards à celle de l'itinérant [...] Le chercheur qualitatif est un chercheur itinérant parce qu'il voyage dans sa rencontre avec autrui sans itinéraire précis et préétabli. En ce sens, cette démarche est une expérience d'ordre éthique essentiellement.

[Jeffrey, 2005, p.115]

Dans les chapitres précédents, nous avons exposé la problématique ainsi que le cadre conceptuel et théorique de notre recherche. Entre autres, nous avons vu précédemment toute la difficulté de développer une définition de « représentation sociale ». En effet, depuis que Moscovici a proposé une « théorie » dans les années 1960, plusieurs auteurs ont apporté des contributions importantes à la compréhension du phénomène de représentations sociales et au développement de ce champ théorique. De là découle une diversité d'approches et de stratégies pour étudier les représentations sociales. Comme nous l'avons mentionné au chapitre précédent, notre approche est centrée sur l'identification d'éléments de contenu des représentations sociales plutôt que sur la genèse et la structure de celles-ci. Nous exposerons maintenant nos orientations méthodologiques et nous en expliciterons le choix. En ce sens, notre intérêt n'est pas d'analyser les différentes options méthodologiques qui sont utilisées par les différents auteurs qui ont abordé notre objet de recherche, mais plutôt de mettre en place une démarche qui soit cohérente avec nos visées de recherche - celle-ci étant considérée comme un processus de quête et de construction de savoirs valides (Sauvé, 2005). Ce troisième chapitre a donc pour objet de spécifier et de décrire notre méthodologie de recherche, de caractériser notre population cible et de présenter nos outils de collecte de données ainsi que nos stratégies d'analyse de ces dernières.

3.1 Identification du type de recherche

Notre recherche vise à comprendre la réalité phénoménologique des personnes défavorisées au regard de la santé, de l'environnement et des liens entre les deux. Nous spécifions ci-dessous la nature de notre recherche.

3.1.1 Une recherche qualitative et interprétative dans une perspective critique

Cette recherche s'inscrit dans le courant de la recherche qualitative. Un tel type de recherche « se moule sur la réalité des répondants » et prend en compte « les interactions que les individus établissent entre eux et avec leur environnement » (Savoie-Zajc, 2004a, p. 125). Elle s'appuie également sur le postulat que les personnes « construisent et interprètent leurs comportements, ainsi que ceux des membres de leur communauté » (traduction libre - Denzin et Lincoln, 2000, p. 120). Dès lors, l'objectif du chercheur consiste à témoigner de la construction d'une réalité sociale complexe, en s'attachant aux dimensions subjectives des situations et des actions. Pour notre recherche, nous adoptons une posture épistémologique interprétative. Nous inscrivons également cette recherche dans une perspective critique.

La posture interprétative est « animée par le désir de comprendre le sens de la réalité [construite] des individus » (Savoie-Zajc, 2004a, p. 126). Elle oriente le chercheur vers la compréhension des significations des processus sociaux (Merriam, 1998). Elle invite le chercheur à adopter dans un premier temps une position descriptive et anti-réductionniste (Heinich, 1998). Il s'agit de se mettre à l'écoute de la parole des personnes. Cette prise en compte du « dire » ne signifie pas que le chercheur s'efface complètement pour laisser toute la place aux individus dans l'explication de leurs propres situations. Il essaye plutôt de s'ouvrir largement - avec le moins de préjugés possible - à l'explication du sens que les personnes donnent à l'objet de la recherche. S'inscrire dans une telle posture interprétative n'implique pas uniquement le choix de stratégies particulières (Schwandt, 2000), c'est également situer son regard de chercheur dans une position qui vise à comprendre les significations que les personnes expriment.

Cette posture interprétative paraît appropriée puisque nous étudions les représentations sociales de la santé, de l'environnement et des liens entre les deux chez des populations défavorisées en milieux urbains. Il s'agit de cerner ces représentations, de les décrire, de les caractériser, et aussi de mettre en lumière les significations qui y sont associées. Pour ce faire, nous accordons une importance particulière au vécu global des personnes rencontrées tel qu'il est exprimé.

La perspective socio-critique puise ses fondements dans la théorie critique. Kincheloe et McLaren (2000) ont mis en évidence certains points importants dans la tradition critique. Parmi ceux-ci, nous avons relevé les suivants : (1) les faits ne peuvent être isolés des systèmes de valeurs et de l'idéologie dans lesquels ils prennent racine ; (2) les relations entre le concept et l'objet ainsi qu'entre le signifiant et le signifié ne sont jamais stables et fixes ; (3) le langage joue un rôle central dans la formation de la subjectivité. La subjectivité dont nous parlons ici renvoie à la capacité de se positionner en tant que sujet. Elle fait référence à l'authenticité personnelle et à l'interprétation que le sujet donne aux phénomènes sociaux.

La perspective socio-critique repose sur le principe général de la déconstruction, dont Derrida (2001) est l'une des figures de proue. Ce principe de déconstruction « consiste à interroger les présupposées des discours, des disciplines, des institutions » (Droit, 2001). La perspective socio-critique possède ultimement une visée d'ordre émancipatrice (Anadón, 2006) et « réflexive ». Elle vise à développer chez les personnes qui collaborent à une démarche de recherche, une prise de conscience des éléments sociaux (dont les éléments culturels) qui peuvent guider leurs choix et les mener à une action pertinente. Elle est caractérisée par une dimension à la fois intersubjective, interobjective, dialectique, dialogique et socio-constructiviste (Sauvé et Berryman, 2003).

Rappelons que notre recherche se situe entre autres dans une perspective d'amélioration des situations éducatives relatives à la santé, à l'environnement et à la santé environnementale, visant la transformation des réalités des groupes sociaux concernés et des personnes elles-mêmes. Elle s'inscrit donc dans une dynamique de changement social. Par ailleurs, il est possible que la démarche d'investigation des

représentations ait un effet introspectif, stimule l'affirmation de soi chez les sujets et par conséquent, contribue au processus d'émancipation.

3.1.2 Une recherche exploratoire

Notre recherche est également de nature exploratoire. Une telle recherche vise à clarifier un problème qui a été plus ou moins défini (Trudel et coll., 2007). En ce sens, la recherche exploratoire tend alors à combler un « vide », pour reprendre les termes de Van der Maren (2004). Elle ne se fonde pas sur des hypothèses ou des idées préconçues. Dans le cadre de notre recherche, nous visons à comprendre le sens que les personnes défavorisées vivant en milieu urbain donnent à la santé, à l'environnement et aux liens entre les deux afin de dégager des pistes d'intervention éducative en santé environnementale. Cette recherche suit une démarche empirico-inductive. Dans cette démarche, le chercheur n'est pas l'expert du contenu ; en effet, celui-ci a trait à l'univers phénoménologique des personnes interrogées (la santé, l'environnement et la relation entre la santé et l'environnement). Le chercheur se fie donc aux informations collectées et analysées pour faire émerger des hypothèses, des éléments de théorie et de nouvelles questions de recherche (Deslaurier, 1991). À travers notre recherche, nous espérons générer des idées nouvelles relatives à ce lien entre la santé et l'environnement tel qu'il est exprimé par les personnes. Ces idées seront autant de voies de recherche à approfondir. Cette recherche exploratoire permettrait ainsi de documenter les aspects de cette réalité et d'ouvrir sur de nouvelles questions.

3.1.3 Une recherche de type ethnographique

Cette recherche s'inscrit aussi dans une approche ethnographique. Le terme « *ethno-* » a été proposé par le sociologue Garfinkel dans les années 1960, non pour désigner une méthodologie nouvelle en sciences sociales, mais dans le but d'essayer de faire comprendre que les membres d'une société évoluent au sein de celle-ci en se construisant sans cesse des cadres de compréhension de la réalité qui les entoure. Et d'après Garfinkel (1967), ces catégories de perception sont propres à un groupe social

donné, d'où le préfixe « *ethno* ». Dès lors, la recherche ethnographique a pour visée la compréhension de la réalité d'un groupe social. Elle prend en considération la complexité du caractère interactif des conduites humaines et sociales. Selon Fortin (1996, p. 368), la recherche ethnographique est « l'étude descriptive des cultures, des communautés et des milieux permettant d'identifier et de ranger par catégories certaines variables ou certains phénomènes, afin d'élaborer une théorie ».

Le but premier d'une recherche de type ethnographique consiste principalement à décrire des « univers socio-culturels délimités » sans chercher à comparer ceux-ci avec des structures analogues, opposées ou à des hypothèses préétablies (Atkinson et Hammersley, 2000 ; Poupart et coll., 1997). Il repose sur deux postulats : premièrement, la culture est conçue comme un système de connaissances utilisé par les êtres humains pour interpréter l'expérience et générer le comportement et deuxièmement, on peut arriver à pénétrer les systèmes de connaissances culturelles en mettant au jour et en analysant les expressions linguistiques que les membres d'un groupe culturel utilisent durant leurs interactions sociales (Fortin, 1996). Face à cela, l'ethnographe « n'est pas le porte-parole de la société étudiée, ni l'idéologue de sa propre classe, mais l'observateur critique et vigilant des deux » (Laplantine et De Singly, 1996, p.114).

Carspercken (1995) a développé le courant de l'ethnographie critique qui s'avère être une proposition méthodologique appropriée pour étudier les facteurs sociaux et culturels environnants, tout en suscitant l'implication des acteurs dans la lecture de leur propre situation socio-culturelle en vue de la caractériser. Elle allie théorie critique et recherche empirique. Elle reconnaît l'existence d'inégalités sociales et l'importance des enjeux de pouvoir. Dès lors, l'ethnographie critique va au-delà de la simple description de phénomènes sociaux et s'inscrit pleinement dans une démarche de changement social. En ce sens, elle rejoint les préoccupations de notre recherche. Pour ce faire, nous devons aller sur le terrain observer la situation sociale, appréhender le « style de vie » et rencontrer les personnes. Nous accompagnons les personnes dans le processus de clarification de leurs représentations des liens entre la santé et l'environnement. Nous verrons que les stratégies de collecte des données sont l'observation, l'entretien et les notes de terrain.

Notre recherche est de type ethnographique, car elle vise à caractériser le rapport au lien entre la santé et l'environnement au sein d'un groupe spécifique, par l'étude de leurs représentations sociales. Elle va au-delà de la transcription de l'expérience humaine. Elle cherche à mettre en évidence la spécificité de la réalité sociale étudiée. Elle cherche essentiellement à comprendre cette réalité. Par ailleurs, elle s'inscrit dans le courant de l'ethnographie critique : elle vise à contribuer à une dynamique de changement social en favorisant la prise de conscience des acteurs de leur propre situation.

3.1.4 Des études de cas

Notre recherche peut également être associée à l'approche méthodologique de l'étude de cas. Cette approche méthodologique consiste à étudier un phénomène chez une personne, un groupe social, une communauté, une organisation ou une société (selon Stoekers, 1991, cité par Roy, 2009, p. 200). Pour Yinn (1994), une étude de cas examine un phénomène contemporain au sein de son contexte réel et nécessite souvent de multiples sources de données en raison de la complexité des réalités étudiées. Selon Mucchielli (1992, cité par Legendre, 2005, p. 623), l'étude de cas est spécialement indiquée pour élaborer des diagnostics et prendre des décisions dans le domaine des problèmes humains. Il faut en effet savoir que les situations humaines sont avant tout particulièrement complexes et supposent que l'on ait posé préalablement un diagnostic en prenant en compte toutes les composantes des réalités en question, abordées dans leur contexte.

Un intérêt majeur de l'étude de cas est ainsi celui de fournir une analyse en profondeur des phénomènes situés en contexte, et d'obtenir une représentation authentique de la réalité étudiée (Gagnon, 2005 ; Merriam, 1998 ; Yinn, 1994). Les résultats d'une étude de cas ne seront pas généralisables en raison du caractère singulier de chaque cas : la stratégie de recherche est en effet de type idéographique. Toutefois, certains résultats peuvent être transférables à des cas semblables.

Le design méthodologique d'une étude de cas tente d'optimiser la compréhension du phénomène en question, dans toute sa complexité (Bardin, 2007). C'est ainsi que dans

cette recherche doctorale, les stratégies de collecte de données ne visent pas seulement à questionner les personnes pour prendre connaissance des liens entre la santé et l'environnement, il fallait aussi les connaître et cerner le contexte particulier dans lequel elles vivent. Le chapitre suivant présente chacun des quartiers, mais aussi chacune des personnes que nous avons interrogées.

Selon Yinn (1994), il y aurait trois types d'étude de cas : l'exploratoire, la descriptive et l'explicative. Notre recherche correspondrait conjointement à une étude de cas à la fois exploratoire et descriptive. En effet, elle tente de répondre à une problématique pour laquelle il existe peu d'études. Elle met en lumière les liens que les personnes élaborent entre la santé et l'environnement. Elle permet de dresser le portrait d'un phénomène dans son contexte réel et d'en améliorer la compréhension.

Notre objet d'étude, soit les représentations sociales de la santé, de l'environnement et des liens entre les deux, nous amène à recourir à deux études de cas. Nos deux cas sont des populations défavorisées en milieu urbain. Nous avons rejoint celles-ci dans deux quartiers : l'un au Québec, l'autre en Belgique. Il s'agit de deux sites spécifiques. Le choix des deux lieux ne répond pas aux désirs de faire une comparaison. Nos deux cas contrastés permettent d'explorer davantage la phénoménographie du rapport à la santé, à l'environnement et aux liens entre les deux, au-delà de micro-contextes culturels de référence. Nous avons pu mettre en évidence des points de convergence et de divergence.

3.2 Les enjeux de la recherche

La recherche en éducation - mais aussi en santé publique - est porteuse de plusieurs enjeux complémentaires (Van der Maren, 2004, p. 61-70). Parmi ceux-ci, nous retiendrons les suivants qui concernent notre recherche¹¹ :

¹¹ Jean-Marie Van Der Maren (2004) distingue quatre types d'enjeux dans les pratiques de recherche en éducation : les enjeux nomothétiques, politiques, pragmatiques et ontogéniques.

- Cette recherche présente un enjeu relié à la production d'un savoir (enjeu nomothétique). Elle vise à caractériser le rapport entre la santé et l'environnement tel qu'il est exprimé par des populations défavorisées en milieu urbain. Elle amènera aussi une clarification de concepts peu explorés jusqu'à maintenant tels que celui de la santé environnementale ou de l'éducation relative à la santé environnementale.
- Cette recherche comporte un enjeu pragmatique, mais également social et politique. Elle a pour objectif d'induire des pistes d'amélioration pour de futures interventions éducatives et autres en santé environnementale en suggérant qu'elles s'appuient sur un diagnostic des représentations du rapport entre la santé et l'environnement chez les populations urbaines concernées. En donnant la parole aux personnes, on les amène à (re)prendre la place qui leur revient au sein de la société (Anadón, 2006). Notre recherche vise à soutenir des transformations dans le monde de la santé en intégrant une préoccupation environnementale. Elle veut contribuer à enrichir la pratique professionnelle dans les milieux socio-communautaires au regard de la santé et de l'environnement.
- Cette recherche implique plusieurs enjeux éthiques liés entre autres à la relation avec les personnes interviewées, au respect leur intimité et de leurs points de vue, à la valorisation de leurs expériences et de leurs potentialités. Il s'agit aussi en tant que chercheur de créer un climat de confiance, de garantir la confidentialité de toutes les données collectées et surtout, d'accepter les limites de l'intrusion dans l'univers des personnes interviewées. Également, en prenant en compte les propos des participants en ce qui concerne leur environnement de proximité, la santé et les liens qu'ils établissent entre les deux, il faut reconnaître que la recherche peut les amener à contribuer à la définition de ce qui les lie collectivement aux autres et au milieu de vie du quartier.
- Cette recherche présente enfin un enjeu de type ontogénique puisqu'elle constitue une occasion d'apprentissage d'une part pour le chercheur, et d'autre part pour notre population cible qui aura pu clarifier sa vision de sa propre santé en rapport avec son environnement.

3.3 Les critères de validité

La recherche qualitative est un art de la rencontre (Jeffrey, 2005). Ici, la rigueur dépend étroitement de l'habileté du chercheur à démontrer la crédibilité du savoir qu'il construit. Pour cette recherche, nous nous référons à des critères de rigueur cohérents avec notre positionnement épistémologique. Nous verrons également l'importance de prendre en compte des critères d'ordre éthique.

3.3.1 Les critères de rigueur scientifique

Les critères de rigueur diffèrent selon le positionnement épistémologique du chercheur et se concrétisent par le choix des stratégies et des instruments de collecte et d'analyse de données (Gohier, 2004).

Dans le cadre de cette recherche qualitative interprétative, nos critères de rigueur scientifique sont associés à une conception pluraliste de la connaissance. Nous partons de l'idée que toute appréhension de la réalité est tributaire du regard qu'on y pose et l'interprétation du chercheur lui-même intervient dans cette saisie. La réalité est donc appréhendée de manière subjective. La connaissance est vue finalement comme une représentation de la réalité. En fait, comme le signale Sandelowski (1996, cité par St-Cyr-Tribble et Saintonge, 1999, p. 118), nous sommes imprégnés de notre subjectivité et nous cherchons à donner un sens à nos observations selon nos connaissances antérieures, nos croyances et nos valeurs. Un tel constat n'est pas incompatible avec la rigueur de notre démarche de recherche.

En nous référant à plusieurs auteurs (Jeffrey, 2005 ; Savoie-Zajc, 2004a ; Devers, Sofaer et Rundall, 1999), nous ferons référence à la fois à des critères caractéristiques de la recherche interprétative tels que la crédibilité, la constance interne, la confirmabilité, la reproductibilité, la transférabilité et la « fécondité de la recherche », mais également à des critères généraux d'ordre méthodologique tels que la fiabilité et la cohérence.

La crédibilité de la recherche fait référence à l'authenticité des constructions produites sur base de la réalité étudiée. Elle s'appuie sur la « validation interne » au plan de la saisie des données ainsi que sur la validité de l'observation et la validité des interprétations. Le chercheur s'assure que les faits observés ainsi que les résultats de son analyse peuvent être corroborés par d'autres personnes, comme les acteurs eux-mêmes et les membres des organismes communautaires (Drapeau, 2004 ; Gohier, 2004). Dans notre situation, la proximité entretenue avec les personnes (entrevues individuelles et de groupes sans intermédiaire) et la durée de notre présence sur le terrain favorisent la validité des informations recueillies. L'observation continue de notre terrain nous aide aussi à repérer certains aspects de la réalité que nous pouvons explorer plus en détail lors de nos entrevues individuelles et de groupes.

La triangulation interne contribue à la crédibilité de la recherche. Un objectif de cette triangulation est de permettre au chercheur d'explorer le plus de facettes possible de l'objet étudié et de dégager une « compréhension fine des dynamiques des contextes où il étudie le phénomène » (Savoie-Zajc, 2004a, p. 143). Elle est assurée par l'usage d'une diversité de stratégies : observation, entrevue individuelle et de groupe. Denzin et Lincoln (2000) parlent de triangulation méthodologique qui vise à utiliser différentes méthodes et techniques pour étudier un même phénomène.

La fiabilité s'appuie sur la transparence dans la description de la démarche de notre recherche (Gohier, 2004) au regard de nos deux questions de recherche et de nos résultats. Elle repose également sur la clarification de nos choix épistémologiques et théoriques ainsi que des liens entre ceux-ci et sur l'explication de nos stratégies de cueillette de données. Dans notre situation, la tenue d'un journal de bord est un des moyens de vigilance. Notre journal contient des notes descriptives qui concernent les données de recherche, les observations, la description de faits, d'événements, la consignation de conversations, etc. On y retrouve aussi des notes méthodologiques qui font référence aux stratégies mises en place, aux difficultés rencontrées, aux solutions envisagées, etc. Et finalement, des notes théoriques dans lesquelles nous faisons des liens avec nos lectures et/ou nos discussions avec le comité d'encadrement de la thèse.

La constance interne est favorisée dans notre recherche par la description précise et détaillée des procédures employées pour recueillir et interpréter nos données. Elle est aussi renforcée par l'utilisation d'une stratégie de collecte de données identique, bien qu'adaptable, pour chaque entrevue individuelle et de groupe. Nous utilisons le même guide d'entretien lors de toutes nos entrevues individuelles et de groupes.

La cohérence fait référence à la logique d'ensemble de notre démarche de recherche (Gohier, 2004). Elle a trait d'une part, au choix des outils de collecte de données en regard de nos objectifs de recherche et d'autre part, à la façon de dont les différentes étapes de la recherche s'articulent et se mettent en place. Dans notre recherche, nous assurons une riche description du contexte général, en présentant en particulier les deux quartiers concernés, et nous explicitons notre démarche de saisie et d'analyse de nos données.

La confirmabilité renvoie à la rigueur avec laquelle la démarche de recherche aura été réalisée (Savoie-Zajc, 2004a). Celle-ci est vérifiée entre autres par le recours à un (ou plusieurs) auditeur(s) externe(s) chargé(s) d'analyser tant le processus que le produit de notre démarche (Guba et Lincoln, 1989). Ce rôle est assuré par les membres de mon comité d'encadrement de thèse qui, compte tenu de leur expérience et du suivi effectué, peuvent vérifier entre autres l'adéquation entre les données collectées, les résultats annoncés et les conclusions émises. À ce sujet, les retranscriptions de toutes nos entrevues leur sont remises, ainsi que le détail de notre démarche d'analyse du contenu. Aussi, la présentation orale du contenu des entrevues individuelles lors de nos groupes de discussions permet d'une part de s'assurer au mieux l'adéquation entre le discours retranscrit et notre analyse, et d'autre part d'affiner certaines informations. Enfin, les contacts réguliers avec les membres des structures socio-sanitaires et des organismes communautaires des deux quartiers permettent de rester plus rigoureux dans le processus d'interprétation des données. Disposant d'une bonne connaissance du phénomène étudié compte tenu de leur proximité avec le terrain, leurs commentaires permettront de prendre le recul nécessaire. Par ailleurs, la présentation et la discussion des résultats avec des professionnels de la santé et de l'environnement des deux quartiers d'ancrage de notre recherche aideront à la validation externe des données.

La reproductibilité évoque l'idée qu'il est possible pour un autre chercheur de reproduire la recherche en utilisant le même modèle théorique et la même méthodologie. Cette reproductibilité sera assurée par la description détaillée de notre démarche méthodologique, la présentation de notre population à l'étude et de nos outils de collecte des données. Comme le mentionne Jeffrey (2005, p. 125), « les résultats ne seront peut-être pas identiques, mais le chercheur pourra justement en parler. Plus se succèdent les mêmes recherches, mieux on arrive à comprendre pourquoi on obtient des résultats différents ».

La transférabilité signifie que les résultats de la recherche peuvent nous aider à comprendre le phénomène observé dans d'autres contextes ou sites similaires. L'objectif de notre recherche est de produire des informations qui peuvent être partagées et appliquées au-delà des limites spécifiques de notre recherche. Dans notre recherche, la transférabilité sera assurée par la rédaction d'une « description en profondeur » du contexte pour reprendre le concept introduit par Geertz (1973, p. 28). C'est ainsi que nous avons décrit le plus exactement possible la population étudiée¹², les conditions de la recherche ainsi que la définition et la signification accordées aux termes et construits utilisés. Les similitudes avec d'autres lieux et contextes permettraient vraisemblablement de transférer la démarche et les résultats. Donc, nous ne visons pas la généralisation de nos résultats, mais leur utilité pour l'approche de réalités semblables auprès de populations similaires.

Dans la conclusion de notre recherche, nous suggérons des pistes pour la prolongation si nécessaire de nos travaux de recherche. Jeffrey (2005) parle ici du critère de « **fécondité de la recherche** ». Ce critère est cohérent avec l'idée que la production d'un savoir n'est pas un système clos. Ce savoir est générateur de nouvelles questions, de nouveaux savoirs - mais il se caractérise aussi par des manques, des failles, des intuitions - qui intéresseront d'autres chercheurs. Pour Jeffrey (2005, p. 125), « une recherche n'est jamais finie. [...] tout savoir produit de nouveaux problèmes. Un savoir qui ne produirait pas de nouveaux problèmes serait totalitaire ».

¹² Au chapitre 4, nous présentons un portrait des personnes rencontrées dans le cadre de la collecte de nos données.

Signalons que pour renforcer la valeur globale de la recherche, nous avons recours à la tenue d'un « journal réflexif » (*reflexive journal*) tel que proposé par Guba et Lincoln (1989). Cette stratégie répond à nos critères de validité : la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité. On doit comprendre que le journal réflexif prend tout son sens dans une recherche de type ethnographique comme la nôtre. L'usage du journal réflexif consiste à consigner ses réflexions personnelles (au regard par exemple des difficultés récurrentes), ses observations, ses impressions, ses sentiments, etc. Entre autres, cela aide le chercheur à prendre conscience de ses faiblesses et de ses biais, comme de ses points forts¹³.

3.3.2 Les critères éthiques

Une dimension éthique traverse notre recherche parce qu'elle implique la rencontre d'êtres humains. Comme le signale Gohier (2004, p. 13), « les critères d'ordre éthique font partie intégrante de la démarche de recherche » et devraient être reconnus distinctement. En effet, il nous paraît qu'une recherche interprétative (prônant la prise en compte de l'univers phénoménologique des personnes) qui n'aurait pas de préoccupation éthique dans le rapport à l'autre serait en contradiction avec cette posture épistémologique et ses propres fondements. En ce sens, on peut affirmer que la dimension éthique fait partie intégrante et nécessaire de la démarche de ce type de recherche (Gohier, 2004). Elle dépasse largement le rapport humain sur le terrain et englobe aussi les questions de finalité de la recherche, de l'usage et de la propriété des savoirs (Martineau, 2007). Respecter les critères de rigueur scientifique ne dispense pas de respecter les critères éthiques. Il nous faut reconnaître qu'il y a deux aspects de l'éthique dans notre recherche : l'éthique du chercheur et l'éthique de la recherche.

Notre démarche de recherche repose avant tout sur le respect de la dignité humaine. Il s'agit bien de la prise en compte du rapport à l'autre, qui complète et module les critères de rigueur intrinsèque de notre recherche. Ce principe est d'autant plus important que

¹³ René Barbier (1996, 1985) parle de « journal d'itinérance » qui se distingue de toute autre forme de journal. Il est envisagé comme un « instrument d'investigation sur soi-même en relation avec le groupe [...] dans lequel le chercheur note ce qu'il sent, ce qu'il pense, ce qu'il médite, ce qu'il poétise, [...] ce qu'il construit pour donner du sens... ».

notre population d'étude est particulièrement vulnérable et que nous établissons un rapport de proximité avec celle-ci. Ici, nous soulignons au passage toute l'importance de la qualité de la relation qui doit s'établir avec les personnes, car celle-ci favorise entre autres la qualité des informations recueillies. Au-delà du protocole déontologique de la recherche qui a été validé par la Faculté des sciences de l'éducation de l'Université du Québec à Montréal (Appendice 1), nous avons adopté quatre critères d'ordre éthique : le consentement, le respect des valeurs, la pertinence et l'appropriation. Le protocole déontologique reprend un ensemble de règles générales édictées par la communauté scientifique, que le chercheur s'engage à respecter. Il s'agit d'un encadrement normatif de l'activité scientifique. Nos critères éthiques de la recherche sont davantage liés au contexte de la recherche, à la population ciblée et à l'engagement du chercheur.

Le consentement libre et éclairé concerne la participation de notre public cible à la recherche. Pour ce faire, chaque personne rencontrée est informée des objectifs de la recherche, des étapes de celle-ci, de la manière et des raisons pour lesquelles elle a été retenue dans le cadre de nos entrevues, de sa contribution attendue, de l'intérêt de sa participation et de l'utilisation des données obtenues. Toute personne pourra mettre fin à sa participation à tout moment. Les stratégies concernant l'anonymat et la confidentialité des données sont également explicitées. Tenant compte de la spécificité de notre public, ce consentement sera enregistré et/ou consigné par écrit (document en appendice 2).

Le respect des valeurs des personnes rencontrées concerne entre autres le non-jugement de toutes les personnes rencontrées, le respect des points de vue de chaque acteur, la qualité des échanges réalisés en entrevue, ainsi que la transparence dans l'usage des informations collectées. Il s'agit de favoriser l'écoute et l'ouverture non seulement à ce que vit la personne, mais aussi à ce que le chercheur vit lui-même et à ce qui se vit ensemble lors de la rencontre. Cela exige une certaine empathie qui consiste à accueillir comme crédible la parole des personnes rencontrées (Jeffrey, 2005). Ces balises éthiques sont d'ailleurs incontournables pour que puissent avoir lieu nos entrevues. Il nous apparaît que le respect mutuel entre le chercheur et les sujets est garant, dans une large mesure, de la validité des données recueillies.

La pertinence de la recherche pour le milieu exige la prise en compte du contexte et implique la production de « savoirs » qui puissent orienter les actions que les acteurs pourraient poser ultérieurement. Cette préoccupation témoigne d'un souci que la recherche ait un apport positif pour les participants. Dans ce cas, c'est le bien de l'autre qui est visé. Notre recherche vise à favoriser l'émancipation des personnes et à engendrer une amélioration de leurs conditions de vie. Elle est porteuse de changement (action politique et/ou citoyenne). Cette perspective émancipatrice est explicitement mentionnée dans les objectifs de notre recherche et traverse notre démarche. Il s'agit d'envisager la prise en compte des représentations sociales de la santé, de l'environnement et des liens entre les deux, pour l'élaboration et la mise en oeuvre de stratégies de promotion et/ou d'éducation relative à la santé environnementale.

L'appropriation fait référence à la poursuite de la démarche initiée par la recherche (Gohier, 2004), mais aussi aux retombées des résultats pour l'ensemble de la collectivité. Elle donne une voix aux acteurs sociaux concernés. Cette appropriation sera favorisée entre autres par la présentation des résultats de la recherche et la discussion de ceux-ci auprès de tous les participants, mais également de toutes les personnes intéressées.

En conclusion, le tableau 5 fait la synthèse des critères de rigueur scientifique et des critères éthiques de cette recherche. Nous spécifions également les moyens envisagés pour s'assurer de la validité de notre recherche.

Tableau 5
Critères de rigueur scientifique et critères éthiques : une synthèse
(inspiré de Savoie-Zajc, 2004.a)

1. Critères de rigueur scientifique

	Conditions de mises en oeuvre	Moyens envisagés
Crédibilité	L'authenticité des constructions produites sur la base de la réalité étudiée	Observation sur le terrain Proximité avec les personnes Triangulation interne Journal réflexif
Fiabilité	La transparence dans la description de la démarche	Journal de bord Triangulation (discussion avec

		le comité d'encadrement de la thèse) Journal réflexif
Constance interne	La régularité et la continuité dans le processus de recherche	Instruments de collecte de données identiques, bien qu'adaptables
Cohérence	La logique d'ensemble de la démarche de recherche	Journal de bord Harmonisation des objectifs et des choix méthodologiques Réflexivité tout au long de la recherche
Confirmabilité	L'explication de la démarche de recherche	Justification de nos outils de collecte de données Approche d'analyse claire et appliquée adéquatement Vérification externe Journal réflexif
Reproductibilité	La possibilité de reproduire la recherche	Description du milieu et de la démarche Présentation détaillée des outils de collecte et d'analyse Journal de bord
Transférabilité	La possibilité d'application des résultats de la recherche dans des contextes similaires	Description du milieu et du contexte de l'étude Journal de bord Journal réflexif
Fécondité de la recherche	La poursuite de la recherche	Formulation de nouvelles questions de recherche

2. Critères éthiques

	Définition sommaire	Moyens envisagés
Consentement libre	La participation volontaire de la personne à la recherche	Information sur l'ensemble de la recherche et les étapes de celle-ci Liberté pour la personne de se retirer à tout moment
Respect des valeurs	La considération que l'on donne aux personnes et au milieu	Information sur la recherche Liberté d'expression, sans jugement Transparence
Pertinence	L'intérêt de la recherche pour le milieu	Prise en compte du contexte et utilité ou signification pour la population concernée
Appropriation	La poursuite de la démarche initiée par la recherche	Présentation et discussion des résultats de la recherche avec les participants

3.4 La population d'étude et les sites de la recherche

L'approche « socio-écologique » de la recherche que nous adoptons est appropriée à notre démarche ethnographique. Elle tient compte du contexte social, culturel, économique et écologique des populations étudiées. Notre souci est d'approcher le mieux possible leurs réalités telles que celles-ci les appréhendent et de comprendre comment le milieu vie et la santé s'inter-influencent.

Nous avons décidé d'ancrer notre collecte de données dans deux quartiers (1) pour nous assurer une plus large possibilité d'exploration de notre objet d'étude à travers deux contextes différents, (2) pour mieux inscrire cette recherche dans la situation de cotutelle où se déroule cette recherche doctorale. Nous ne nous inscrivons pas dans une démarche comparative qui s'intéresserait aux similitudes et différences de représentations entre les deux quartiers. Néanmoins, nous pourrions sans doute faire émerger des points communs et des divergences entre les populations des deux quartiers en vue de mieux explorer la complexité du phénomène étudié, soit les représentations de l'environnement, de la santé et des liens entre les deux, au sein de populations défavorisées

Nous verrons au chapitre suivant que les deux quartiers dans lesquels nous ancrons notre collecte de données présentent d'emblée certaines ressemblances. Les quartiers de Pointe-Saint-Charles à Montréal (Québec) et de la Samaritaine dans les Marolles à Bruxelles (Belgique) sont socio-économiquement défavorisés. Aussi, dans ces deux quartiers, la population est relativement stable. Les personnes déménagent moins souvent que dans les quartiers avoisinants. Elles se connaissent, communiquent et échangent entre elles des informations autour d'objets sociaux tels que la santé ou l'environnement. Nous verrons aussi que chacun de ces deux quartiers présentent des caractéristiques spécifiques.

Pour Pirès (1997, p. 122), l'échantillon désigne « une petite quantité de quelque chose pour éclairer certains aspects généraux du problème ». Autrement dit, l'idée de l'échantillon est intimement liée à l'idée de la transférabilité des connaissances qui seront produites par la recherche (Savoie-Zajc, 2007).

Selon Merriam (1998), il y a deux types généraux d'échantillon : l'échantillon probabiliste (tirage aléatoire) et l'échantillon non probabiliste. C'est ce dernier que nous utilisons dans le cadre de notre recherche. Savoie-Zajc (2004a, b) mentionne en effet que la recherche qualitative interprétative s'appuie sur des échantillons de types intentionnels et non probabilistes. Notre échantillon sera qualifié de théorique au sens où nous planifions au préalable un ensemble de critères intentionnels afin d'avoir accès pour la durée de notre étude, aux personnes partageant certaines caractéristiques pertinentes pour cette recherche. Mettre en place un processus d'échantillonnage théorique suppose que le chercheur va effectuer en début de recherche une première sélection du type de participants (Savoie-Zajc, 2004a, b), soit déterminer la constitution d'un bassin de population pour ensuite choisir au sein de celui-ci son groupe d'étude.

La constitution du bassin de population se fait à partir de critères contextuels. Dans le cadre de notre recherche, nous retiendrons ceux-ci :

- Résidence : Pointe-Saint-Charles (Montréal, Québec) ou le quartier de la Samaritaine (Bruxelles, Belgique)
- Âge : de 30 à 60 ans
- Provenance : né de parents québécois ou de parents belges
- Ancienneté dans le quartier : 5 ans et plus
- Niveau de scolarité : secondaire non terminé
- Dimension linguistique : partage d'une langue commune, soit le français
- Revenus : aide sociale ou autre allocation de remplacement égale ou inférieure au seuil de pauvreté
- Fréquentation de la structure de santé du quartier : soit la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles ou la Maison médicale du quartier des Marolles.

Le choix de nos critères contextuels s'appuie entre autres sur notre conception de ce qu'est une population adulte défavorisée. Rappelons qu'il s'agit d'une population à la fois peu scolarisée et qui a des revenus très faibles. Souvenons-nous par ailleurs que l'émergence d'une représentation sociale renvoie à l'identité collective, liée à la cohésion du groupe social. En d'autres termes, pour étudier une représentation sociale dans un groupe donné, on doit avoir affaire à des personnes qui communiquent entre elles -

directement ou indirectement - à propos de l'objet étudié : la santé, l'environnement et les liens entre la santé et l'environnement. Cela justifie nos choix en ce qui concerne les origines culturelles ou la provenance, l'ancienneté dans le quartier, mais aussi la langue parlée. Signalons aussi que la limite territoriale, que ce soit le quartier Pointe-Saint-Charles ou de la Samaritaine, s'inscrit dans l'espace vécu, approprié par les personnes qui y résident. Et finalement, la fréquentation de la structure de santé du quartier nous semble une bonne porte d'entrée pour aborder notre questionnement de recherche notamment autour de la santé.

Les groupes d'étude résultent d'une sélection dans notre bassin de population. Notons que dans le cadre de notre recherche, les personnes ciblées sont difficiles à approcher. Pour des raisons pratiques d'accessibilité, il nous sera donc nécessaire de recourir à des organisations communautaires dans chaque quartier qui sont en lien avec notre population d'étude. Notre échantillon sera dit de convenance, c'est-à-dire qu'il sera constitué en fonction des critères explicités plus haut, mais selon les possibilités du contexte.

Pour notre recherche, les groupes d'étude envisagés comprennent un minimum de 10 personnes (10 par quartier urbain). Ce nombre est déterminé au départ essentiellement pour des raisons de faisabilité. Kvale (1996) constate que le nombre de 10 à 15 personnes rencontrées dans ce type de recherche interprétative avec entrevues en profondeur est un ordre de grandeur habituellement adopté. Pour Atkinson et Hammersley (2000), tout comme pour Hamel (2000), l'analyse ethnographique peut également porter sur un nombre restreint de personnes. Enfin, puisqu'il s'agit d'une recherche exploratoire de type ethnographique, la saturation empirique des données, si elle reste souhaitable pour développer une riche compréhension du phénomène, n'est pas nécessaire.

Comme nous le verrons plus loin, notre groupe d'étude se compose presque à parts égales de femmes et d'hommes et prend en compte la diversité de notre bassin de population (Tableau 6). Toutefois, au fur et à mesure que la recherche progresse, le groupe d'étude aurait pu être révisé ; le chercheur se donnant ainsi la possibilité d'inclure d'autres participants (Savoie-Zajc, 2004.b). Une telle stratégie vise

essentiellement à assurer une diversification suffisamment grande pour avoir accès au panorama le plus complet possible de la situation. Comme le signale Pires (1997), les recherches sur les représentations sociales adoptent le plus souvent le principe de la diversification. Michelat (1975, cité par Pires, 1997, p. 155) affirme ceci :

Il est surtout important de choisir des individus les plus divers possible. [...] L'échantillon est donc constitué à partir de critères de diversification en fonction de variable qui, par hypothèse, sont stratégiques pour obtenir des exemples de la plus grande diversité des attitudes à l'égard du thème de l'étude.

La collecte des données guide donc le chercheur dans son choix d'intégrer ou non de nouveaux répondants issus du bassin de population préalablement défini, afin de mieux cerner différentes facettes des représentations relatives à la santé, à l'environnement et aux liens entre la santé et l'environnement. Cette recherche de diversification est cependant forcément limitée dans le cas d'un groupe de personnes qui répondent à des critères théoriques préalablement définis. Dans le cadre de notre recherche, une telle limite est encore plus importante en raison de la fragilité sociale de notre population et de la difficulté de planifier et de réaliser des entrevues individuelles. Pour notre groupe d'étude, nous n'avons finalement pas ajouté de répondant supplémentaire, constatant la richesse des informations déjà collectées. Mais, nous avons considéré cette possibilité tout au long de la recherche.

Nous reconnaissons en effet que la collecte de données auprès d'une population défavorisée en milieu urbain pose, par ailleurs, des difficultés particulières, que nous présenterons au chapitre 6 de cette thèse. La plupart des personnes rencontrées dans le cadre de nos entrevues ont été sélectionnées sur une base explicite, mais le choix des personnes a dû prendre en compte des contraintes liées au contexte.

La prise de contact avec notre public cible a été différente d'un quartier à l'autre en fonction d'une part, de contraintes liées à la spécificité de chaque terrain et d'autre part, des habitudes de recherche. Pour le quartier Pointe-Saint-Charles, il nous a été impossible d'avoir accès à une liste de la population répondant à nos critères en raison de la confidentialité des données. Au Québec, le recours à des informations confidentielles ou susceptibles d'identifier un individu suppose préalablement le consentement de chaque personne. Toutefois, si un projet de recherche prévoit la

consultation de ces informations, la loi québécoise prévoit que l'autorisation peut être accordée entre autres par les autorités des établissements de santé et de services sociaux si elles jugent la demande pertinente et fondée, et si elles estiment que le chercheur n'a pas d'autres possibilités d'accès aux dites informations. Dès lors, pour choisir nos sujets, nous avons demandé aux organismes communautaires impliqués dans le quartier de nous proposer des personnes répondant aux critères de notre population d'étude. Nous avons également placé des affiches sur certains babillards dans le quartier (organisations communautaires, pharmacie, magasin d'alimentation, maison de quartier, etc. - Appendice 11) et mis une annonce dans le bulletin de certaines associations (Appendice 10). Le nombre total de personnes proposées était de 27. Nous avons pris toutes les personnes qui acceptaient de participer, soit dix personnes.

Pour le quartier de la Samaritaine, nous avons eu accès à la liste des personnes répondant aux critères de notre recherche : 18 personnes ont ainsi été repérées. Toutes les personnes ont été contactées par l'intermédiaire de la travailleuse sociale du Comité de la Samaritaine. L'ensemble de la population qui a accepté de passer une entrevue individuelle et de participer à un groupe de discussion a été rencontré, soit 10 personnes. Le tableau 6 présente par quartier la répartition des personnes rencontrées par genre et en identifie l'âge.

Tableau 6 : Composition des groupes d'étude (sexe, âge, quartier)

Quartier Pointe-Saint-Charles (Québec)		Quartier de la Samaritaine (Belgique)	
Femme / âge	Homme / âge	Femme / âge	Homme / âge
38	42	45	45
41	45	47	56
45	46	50	58
57	53	50	58
	58	57	
	60	59	
Âge médian : 45 ans		Âge médian : 52 ans	

3.5 Une approche multi-stratégique de recherche

Il est difficile d'envisager un seul instrument de collecte de données qui permette d'approcher la réalité complexe et subjective des représentations. Il existe toujours un écart entre la connaissance qu'on peut obtenir et la réalité des individus. Dès lors, seule une approche multi-stratégique nous semble susceptible de réduire cet écart, et nous permettre d'avancer dans la meilleure compréhension possible de notre objet d'étude. Trois stratégies de collecte de données ont été retenues : la caractérisation du contexte, l'entrevue individuelle semi-structurée et l'entrevue de groupes.

3.5.1 Des stratégies de caractérisation du contexte

Pour la caractérisation du contexte, nous avons eu recours à l'observation de reconnaissance, aux entrevues avec quelques acteurs clés du milieu et à la recherche documentaire.

L'observation de reconnaissance

L'observation directe - nous préférons parler plus précisément dans notre cas d'observation de (re)connaissance - constitue un de nos modes de cueillette de données : aller voir « sur place », être physiquement présent - même de manière occasionnelle - dans les deux quartiers où nous avons ancré notre recherche, regarder le quotidien des résidents. Ce type d'observation consiste entre autres à être le témoin des conduites sociales des personnes dans les lieux mêmes de leurs activités (Peretz, 2004). Une telle stratégie de collecte de données nous amène à travailler d'abord avec des informations non structurées. D'emblée, elle s'inscrit dans une perspective ethnographique où le chercheur s'imprègne du milieu et du contexte. Il recueille des informations surtout de nature descriptive en observant la vie du quartier. Il cherche à connaître les quartiers ciblés, à reconnaître ce qui caractérise chacun d'eux. L'observation est une stratégie de cueillette de données relative au contexte ; elle est aussi envisagée comme une démarche qui contribue à appréhender des éléments de signification que les membres du groupe social donnent à leur « agir quotidien » en lien avec notre questionnement de recherche. Elle est également un moyen qui permet de

vérifier la réalité des pratiques évoquées à travers d'autres stratégies de collecte de données, soit les entrevues individuelles semi-dirigées et les entrevues de groupe. En ce sens, l'observation est indissociable d'un regard interprétatif. Elle permet une lecture plus riche et plus significative de la réalité.

Plusieurs auteurs, dont Spradley (1980), accordent une importance particulière à l'observation participante. Dans ce cas, c'est l'engagement du chercheur, sa participation, qui permet de comprendre la réalité étudiée. Concrètement, cela implique l'intégration du chercheur au milieu étudié en tant que sujet participant (Jacoud et Mayer, 1997) et son immersion dans la situation de l'étude (Laperrière, 2009). Comme nous l'avons mentionné plus haut, l'expression « observation de (re)connaissance » nous semble mieux adaptée à notre démarche de recherche. Nous l'envisageons comme une forme d'observation directe. Celle-ci est mue par le désir de mieux appréhender le milieu et vise la compilation d'informations pour contextualiser les données discursives. L'observateur se donne donc un rôle de membre « périphérique », qui permet d'observer sans être obligé de prendre part aux activités du groupe (Adler et coll., 1987). Arborio et Fournier (2005) mentionnent qu'une telle forme d'observation renvoie entre autres à une approche ethnographique. Elle est menée sans recours à des instruments interposés entre le chercheur et son objet (Arborio et Fournier, 2005). Elle se réalise sur des espaces circonscrits, dans notre cas, un quartier urbain. Au début de notre recherche, nous ne connaissions pas le terrain. Il s'agissait donc d'apprivoiser le territoire en recueillant suffisamment d'informations. Nous avons ciblé certains lieux d'observation comme la salle d'attente dans les structures de santé, la salle à manger d'un restaurant social et les parcs publics. Certains événements singuliers ont également été choisis : une activité de nettoyage dans le quartier Pointe-Saint-Charles, des ateliers de groupes sur des thématiques socio-sanitaires tels que les groupes de discussions nutritionnelles organisés dans le quartier Pointe-Saint-Charles, un repas au restaurant dans le quartier de la Samaritaine, etc. Nous avons profité de ces espaces pour poser aux participants des questions à caractère informatif. Cette stratégie d'observation nous permet donc de mieux contextualiser la recherche et d'approfondir notre investigation.

L'observation de (re)connaissance a été l'étape première de notre recherche. Chaque passage dans les quartiers a constitué un moment privilégié de rencontres et de

découvertes. L'observation a donc été continue tout au long du processus de recherche. Celle-ci est mue par le désir de mieux appréhender le milieu et vise la compilation d'informations pour mieux mettre en contexte les données discursives saisies en entrevues individuelles et de groupe. L'observation de reconnaissance s'inscrit en complémentarité avec les stratégies suivantes : les entrevues individuelles et les groupes de discussion. Elle vise à permettre une meilleure compréhension de la réalité sociale des deux quartiers, et à mettre en relation le discours et les pratiques de notre population cible (Jaccoud et Mayer, 1997).

Les entrevues avec quelques acteurs clés

Quelques rencontres informatives avec des acteurs clés dans chaque quartier nous ont permis entre autres (1) d'avoir un aperçu des problématiques environnementales et sanitaires dans chaque quartier ; (2) de prendre connaissance des actions sociales et éducatives entreprises par les diverses associations ; (3) de recueillir quelques informations sur des éléments de conduites en environnement et en santé de la population ciblée. Certains acteurs du milieu communautaire rencontrés ont été invités ultérieurement à participer à l'identification de pistes d'intervention éducative qui prennent en compte les représentations sociales de notre population cible.

La recherche documentaire

À travers divers documents qui abordent les questions sociales, sanitaires et environnementales, nous avons voulu nous imprégner de la vie du quartier. Deux types de documents ont été collectés : des articles de presse et des documents relatifs à la vie du quartier. Les articles de presse ont été saisis en cours de recherche. Nous ne visions pas l'exhaustivité du dépouillement de la presse, mais le repérage des événements et des problématiques en cours. Notre objectif se limitait clairement à mieux comprendre les problématiques socio-écologiques de santé dans les deux quartiers que nous avons ciblé : Pointe-Saint-Charles (Montréal - Québec) et la Samaritaine (Bruxelles - Belgique). Par documents relatifs à la vie du quartier, nous entendons tout document produit par des organismes communautaires. Ainsi, nous avons recueilli des rapports de fonctionnement, des documents présentant les activités menées par certaines associations, des bulletins communautaires, des affiches. Nous présentons en

appendice la liste des principales associations par quartier ainsi que leurs objectifs (Appendice 10).

Comme mentionnées ci-dessus, ces trois stratégies de caractérisation du milieu donnent accès à des sources d'information permettant de clarifier le contexte. Elles constituent également une base d'indications utiles pour l'interprétation et la compréhension de l'ensemble des données discursives obtenues lors des entrevues et des groupes de discussions. Les stratégies utilisées sont les suivantes : (1) la prise de notes descriptives ; (2) les conversations et discussions lors de nos déplacements ; (3) les documents liés à la vie du quartier et autres. Nous avons également fait des photos de chaque quartier. Toutes ces informations recueillies sont notées dans un carnet d'observation, compilées dans un classeur ou enregistrées de façon à être exploitables. Notre carnet d'observation contient également des réflexions personnelles qui rendent compte des impressions, ainsi que des notes prospectives (par exemple, des questions émergentes). L'ensemble des données ainsi collectées sert à affiner la compréhension de notre problématique, à construire notre guide d'entretien, et à nous conduire vers des éléments de représentations sociales de la santé, de l'environnement, et des liens entre la santé et l'environnement.

3.5.2 Les entrevues individuelles

L'étude des représentations sociales est généralement effectuée à partir de données discursives recueillies à l'aide de différentes stratégies. Breakwell et Canter (1993) parlent de méthodes d'interaction directe avec les répondants au cours desquelles le chercheur leur demande d'évoquer les processus et/ou les contenus concernant l'objet de représentation à l'étude. Ces stratégies visent à recueillir l'expression - discursive ou figurative - des individus. En ce qui concerne notre recherche, nous avons privilégié l'usage de stratégies d'interactions directes avec les répondants. Elles sont adaptées à notre objet et à nos objectifs de recherche.

Il existe une diversité de noms (entretien, interview, entrevue) et de caractéristiques d'une entrevue : non structurée, ouverte, rétrospective, non dirigée, en

profondeur, etc. Selon Moliner et coll. (2002), l'entrevue semi-dirigée ou semi-structurée se caractérise par l'existence d'un guide d'entretien qui permet au chercheur d'aider les personnes rencontrées à exprimer et à explorer les thèmes envisagés par la recherche.

La préparation des entrevues suppose la prise en compte de plusieurs types de considérations (Savoie-Zajc, 2004b) :

- Les considérations conceptuelles et d'ordre méthodologique renvoient à la planification du schéma de l'entrevue et aux choix des participants.
- Les considérations d'ordre relationnelles font référence aux contacts préliminaires et introductifs : présentation du chercheur et de sa recherche, communication des thèmes qui seront abordés au cours de l'entrevue. Boutin (1997) suggère aussi que le chercheur explique que le but n'est pas de porter un jugement sur les propos énoncés, qu'il donne des assurances au sujet de la confidentialité des propos et de l'anonymat, et qu'il propose à la personne rencontrée de se présenter elle-même.
- Les considérations d'ordre matériel incluent les aspects techniques, environnementaux et temporels directement liés à l'entrevue à savoir : le choix du lieu de la rencontre, la durée de la rencontre, l'enregistrement des propos tenus lors de l'entrevue, etc.

Les entrevues ont permis de traiter des sujets intimes et complexes. Nous nous intéressons ici au sens que les individus donnent à la santé, à l'environnement, et aux liens entre les deux. Avec ce type de recherche, le chercheur est ce que Merriam (1998) appelle « le premier instrument de collecte et d'analyse de données ».

Dans tous les cas, afin de favoriser la mise en confiance, il nous importe de laisser à chaque personne contactée le choix du lieu de la rencontre et du moment de celle-ci. Dans le déroulement de nos entrevues, nous adoptons une attitude ouverte et accueillante envers le répondant. Nous sommes à l'écoute des expériences vécues par chaque personne rencontrée. Il importe entre autres de faire preuve de compréhension empathique, d'écoute active, de respect de l'autre, d'authenticité.

Pour toutes nos entrevues, la collecte des informations s'est faite par enregistrement audio et par l'utilisation de notes complémentaires prises après chaque entrevue. Deux types d'entrevues individuelles ont été envisagés : (1) les entrevues exploratoires ; (2) les entrevues semi-structurées.

Les entrevues exploratoires visent à se familiariser tant avec le milieu qu'avec l'univers des représentations des personnes interrogées. Pour Moliner et coll. (2002), il est rarement nécessaire de réaliser un très grand nombre d'entrevues exploratoires. C'est ainsi qu'avant d'engager notre recherche de manière plus systématique, nous avons rencontré deux personnes par quartier, appartenant à notre population d'enquête. Cette démarche nous a permis de valider notre guide d'entretien, de l'ajuster et de l'enrichir afin de l'utiliser pour l'ensemble de la population à l'étude.

Les données issues de nos entrevues exploratoires ont permis de dégager des premiers éléments de représentations relatives à la santé, à l'environnement et aux liens entre les deux. La richesse des informations ainsi obtenues nous a amenés à les considérer dans notre analyse de données.

L'entrevue individuelle semi-structurée « est une conversation initiée par l'interviewer dans le but spécifique d'obtenir des informations pertinentes, qui est centrée par le chercheur sur des contenus déterminés par les objectifs de recherche » (Cannel et coll., 1974, dans Boutin, 1997, p. 22). C'est une stratégie de cueillette de données qui se déroule dans une relation d'interaction entre le sujet et le chercheur, et qui se caractérise par l'existence d'un guide d'entretien qui définit à l'avance les principaux thèmes à questionner (Moliner et coll., 2002). Ce guide d'entretien est un outil souple et flexible qui permet de s'assurer que tous les thèmes prévus sont abordés (Savoie-Zajc, 2004b). Selon Mucchielli (2004), le chercheur intervient non pas sur le fond, mais sur l'organisation du contenu de ce qui lui est dit pour s'assurer de la compréhension de l'information obtenue. Dans notre situation, les entrevues sont standardisées - mais adaptables - dans la mesure où nous proposons les mêmes questions de base à chacune des personnes rencontrées. Cependant, nous avons conservé la possibilité d'ajouter d'autres questions ou sous-questions d'éclaircissement au besoin. Ce type d'entretien individuel qui est dit « en profondeur » est la stratégie la plus souvent utilisée

dans l'étude des représentations sociales. Chaque entrevue individuelle a duré en moyenne deux heures et demie et s'est déroulée comme une sorte de conversation. La durée des rencontres individuelles n'a pas été déterminée à l'avance : elle a été adaptée au rythme d'interaction spécifique avec chaque personne rencontrée et à la densité des informations recueillies. Certaines de nos entrevues ont duré plus de trois heures. La majorité des personnes interviewées ont mentionné y avoir trouvé un espace d'écoute qu'elles ont pu apprécier. L'essentiel au début de chaque rencontre a été de susciter la confiance chez la personne interviewée. Cela nous paraît d'autant plus important en raison de la particularité de notre public cible.

Notre guide d'entretien, présenté en Appendice 3, a été conçu pour inviter les répondants à présenter une description riche de leurs expériences, à clarifier leurs opinions, leurs sentiments, leurs croyances à propos de l'objet de notre recherche. Il prend en compte les différentes dimensions des représentations sociales : cognitive, affective, axiologique (valeurs) et de l'ordre de l'agir (dimension praxéologique¹⁴)¹⁵. Nous abordons plusieurs thématiques qui découlent de la problématique telle que nous l'avons esquissée et des cadres conceptuel et théorique présentés au chapitre précédent. Ces thématiques se traduisent en questions.

L'environnement est d'abord questionné en faisant référence au cadre de vie avec ses aspects bio-physiques et sociaux. Notre démarche part de l'environnement public (le quartier) pour aller vers un environnement plus intime (le logement). À chaque niveau, les personnes sont invitées à parler de cet espace, à le décrire, à exprimer leurs satisfactions et insatisfactions, etc. Elles sont aussi invitées à s'exprimer sur les différents usages qu'elles font de ces espaces (quartier, rue, logement), tels que la

¹⁴ La dimension praxéologique fait référence à toute « démarche construite d'autonomisation et de conscientisation de l'agir dans son histoire, dans ses pratiques quotidiennes, dans ses processus de changement et dans ses conséquences ». Référence : Lhotellier, A. et Saint-Arnaud, Y. (1994). Pour une démarche praxéologique. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 7 (2) 93-109.

¹⁵ Notre guide d'entrevue prend en compte ces quatre éléments constitutifs des représentations sociales (Appendice 3). Il s'agissait par là de nous assurer de saisir les représentations sociales de l'environnement, de la santé et des liens entre les deux dans toutes leurs dimensions : les savoirs, les croyances, les attitudes, les affects, les pratiques... Notre analyse du discours présente toutefois l'ensemble du phénomène représentationnel, que nous avons tenté d'appréhender dans toute sa complexité et sa globalité – sans isoler chacune des dimensions de la représentation, celles-ci étant par ailleurs le plus souvent imbriquées les unes dans les autres.

fréquentation de certains lieux et/ou organisations communautaires, les trajets empruntés, les modes de déplacements, etc.

La santé est questionnée dans son sens le plus large et aussi en fonction d'une dimension centrée plus spécifiquement sur certains déterminants de santé pouvant avoir un lien avec l'environnement. Les personnes sont invitées à donner un sens global à la santé et/ou leur santé, mais également à la maladie et/ou leur maladie, dans leur vie quotidienne. La maladie est principalement abordée dans sa dimension causale pour mettre éventuellement en évidence des liens avec l'environnement. Certaines questions abordent des sujets tels que l'alimentation, le tabac, l'alcool, l'activité physique, etc. Ceux-ci sont envisagés comme des déterminants de santé.

Les liens entre la santé et l'environnement sont interrogés d'une part de manière transversale dans l'ensemble de notre guide d'entretien, d'autre part de manière plus directe.

La dimension onirique clôture chaque rencontre. C'est le temps d'imaginer le quartier, la rue et son logement de rêve. Il s'agit ici d'un moment d'investigation centré sur le « désirable environnemental » (expression utilisée par Moser et Weiss, 2003), sur les changements à apporter pour améliorer la santé, sur le quartier idéal. À travers ce qualificatif se profile tout un univers idéologique de valeurs et de croyances.

Avant chaque entrevue, nous avons eu l'occasion de rencontrer la personne et de fixer la rencontre d'entrevue à sa meilleure convenance. Lors de la conduite de notre entrevue, nous avons exposé les buts poursuivis par la recherche et présenté les règles déontologiques adoptées telles que l'anonymat, la discrétion des informations, la destruction des enregistrements à la fin du processus de recherche, etc. Chaque entrevue est enregistrée. Après la rencontre, nous avons retranscrit l'intégralité de l'enregistrement. À titre d'exemple, nous avons mis en appendice la retranscription d'une entrevue (Appendice 4).

Notons au passage que la préparation et la passation des entrevues individuelles - mais également de nos entrevues de groupe - ont eu une fonction ontogénique pour le

chercheur également, permettant le développement de nos connaissances et de nos habiletés professionnelles. C'est ainsi qu'après quelques entrevues, nous avons saisi entre autres les « thèmes » qui suscitent le plus d'apports venant des personnes, les façons de relancer la discussion autour de certaines questions et de reformuler dans quelques cas nos questions pour s'assurer que notre interlocuteur comprenne bien le sens des informations que nous souhaitons obtenir. Notre public cible a un côté « imprévisible » obligeant régulièrement le chercheur à faire preuve d'adaptation et d'empathie. Une telle recherche auprès d'une population défavorisée nécessite un investissement particulier de la part du chercheur et fait appel à une approche humaniste, attentive et empathique.

3.5.3 Les entrevues de groupes

La dynamique de groupe de discussion qui tient lieu d'entrevue de groupes est selon Geoffrion (2009, p. 391) « une [stratégie] d'entrevue qui réunit de six à douze [personnes] et un animateur, dans le cadre d'une discussion structurée sur un sujet particulier ». Cette stratégie de collecte de données se prête bien aux situations où le chercheur essaye de comprendre le « pourquoi » des choses (Geoffrion, 2009). Cette rencontre peut permettre de « corriger les erreurs, les biais et d'enrichir les aspects qui auront été négligés » (Huberman et Miles, 1991, dans Mucchielli, 2004) dans nos entrevues individuelles. L'entrevue de groupe permet donc (1) de confirmer ou d'infirmer les premiers résultats obtenus lors de nos entrevues individuelles, (2) de recueillir des informations plus complètes. Les interactions ainsi créées entre les personnes issues d'un même groupe social peuvent donner accès à des informations qu'il n'est pas toujours possible d'obtenir dans une entrevue individuelle et amener certains participants à affiner leur discours (Geoffrion, 2009). Dans le cadre de notre recherche, nous avons planifié de réaliser un ou deux groupes de discussion par quartier ciblé. Chaque groupe aurait dû comprendre six personnes. Nous n'avons pu réunir que quatre personnes par groupe ; celles-ci ont été rencontrées auparavant dans le cadre de nos entrevues individuelles. Nous avons bien conscience que des personnes ayant un faible revenu et étant peu instruites sont peut-être mal à l'aise de se retrouver dans un groupe. Les

entrevues individuelles qui se sont déroulées précédemment ont vraisemblablement permis de rassurer les participants, même si ceux-ci ont été peu nombreux.

Nous avons soigneusement planifié nos entrevues de groupe, en alternance dans chaque quartier. Le guide de discussion est élaboré à partir d'une analyse sommaire des entrevues individuelles. Il reprend les principaux thèmes et sert de repère général afin d'éviter l'omission de certains points importants. Comme le mentionne Geoffrion (2009, p. 403), le guide d'entretien de groupe ne peut contenir toutefois toutes les questions qui pourraient être posées aux participants. La dynamique propre à chaque groupe exige une certaine souplesse de la part du chercheur.

Les rencontres ont été organisées dans les locaux mis à notre disposition par la structure médicale de chaque quartier et/ou un organisme communautaire. La durée de nos rencontres a été d'environ deux heures. Les participants ont été regroupés autour d'une table. Nous avons enregistré trois temps de ces rencontres : la phase d'introduction, la phase de discussion et la phase de conclusion.

3.6 Les stratégies d'analyse de données

L'analyse qualitative des données est guidée par une recherche de sens (Paillé et Muchielli, 2003). Ainsi, à l'aide de différentes stratégies, nous tentons de dégager le sens d'une entrevue et la signification que les personnes rencontrées donnent à la santé, à l'environnement et aux liens entre les deux. C'est répondre à la question : « Que dit cette personne ? » Nous avons privilégié trois stratégies qui nous semblent bien adaptées à l'étude des représentations sociales : l'analyse de contenu, l'analyse de discours et la prise en compte des notes d'observation.

3.6.1 L'analyse de contenu

L'analyse de contenu est la stratégie la plus appropriée pour cerner les opinions, les croyances, les prises de position et les points de vue véhiculés par les discours (Moliner et coll., 2002). Elle est adaptée à l'analyse des informations dont nous disposerons, soit

les verbatims des entrevues individuelles et des entrevues de groupes. Bardin (2007, p. 42) parle « d'une technique d'analyse de communication visant par des procédures systématiques et objectives de description du contenu des énoncés à obtenir des indicateurs permettant l'inférence des connaissances relatives aux conditions de production de ces énoncés ». L'idée centrale de la démarche est que plusieurs unités de sens (mots ou expressions) peuvent être regroupées dans quelques catégories afin d'en faciliter la lecture. Le chercheur s'assure donc que les mots ou expressions ayant les mêmes significations ou référant à un même objet se retrouvent dans une même catégorie. Nous procéderons selon la démarche suivante :

1) La préparation du corpus de données :

Toutes nos entrevues ont été intégralement retranscrites. Dans une marge à gauche, nous avons identifié les thèmes principaux et sous-thèmes abordés tels que : environnement (quartier, rue, logement), santé (bonne santé, maladie), environnement et santé, dimension onirique, etc. Une lecture répétée des informations obtenues lors de nos entrevues nous a permis aussi de nous familiariser avec le matériel, d'acquérir une vue d'ensemble et de dégager un premier sens général. On a pu alors observer les idées qui prédominent.

2) La codification de nos données :

Cette étape correspond à une première organisation des données. Deslaurier (1991) parle de découpage et de réduction des informations en petites unités comparables, en noyau de sens. Aussi, il s'agit d'associer chaque unité à la personne en question tout en respectant l'anonymat. Ce découpage permet d'aboutir à une représentation du contenu et de son expression, susceptible de nous fournir des indices de signification (Bardin, 2007). Le discours de nos entrevues est ainsi découpé en un certain nombre d'unités liées au contexte ou au sens du contenu. Ces unités correspondent à un paragraphe, une phrase, voire un mot. Le vocabulaire utilisé, écrit Moscovici (1986), le type de mots employés et leur étendue constituent des éléments de la représentation sociale. Pour réaliser cette étape de notre analyse, nous avons utilisé comme support le logiciel Weft QDA¹⁶. Ce logiciel nous a facilité le

¹⁶ Accès au logiciel : www.pressure.to/qda (logiciel libre)

découpage des données de nos entrevues individuelles et de groupe, en extraits textuels (codage).

3) La catégorisation des données :

Cette opération consiste à placer nos éléments codés dans des catégories définies par le chercheur. Selon Landry (1990), le chercheur peut utiliser une grille mixte combinant des catégories préétablies et des catégories induites. Les catégories devront être exhaustives (chaque unité d'enregistrement peut ainsi être placée dans une catégorie), mais pas nécessairement mutuellement exclusives (une unité d'enregistrement pourrait se trouver dans plus d'une catégorie). Lorsqu'on étudie les représentations sociales, les catégories sont souvent des composantes et/ou des sous-composantes de ces représentations. Ainsi, elles expriment des croyances, des conceptions, de savoirs, des attitudes à l'égard de l'objet d'étude, à travers des descriptions ou des réflexions au sujet de l'objet ainsi que des relations avec éventuellement d'autres objets (Moliner et coll. 2002). Dans notre analyse, nous avons utilisé une grille ouverte. Nos catégories correspondent *a priori* aux thèmes de notre guide d'entretien et dérivent également des données, c'est-à-dire qu'elles seront induites à partir des similitudes de sens repérées dans nos unités d'analyse (mots ou thèmes). Pour nommer nos catégories, nous avons eu recours à des mots déjà utilisés par nos répondants, ou le cas échéant, nous avons choisi un autre mot qui est mieux approprié pour définir nos catégories. La recherche du sens, écrit Mucchielli (1994), ne peut se référer qu'au sens que les personnes accordent à l'objet, à la classification et à la catégorisation qu'ils dévoilent au chercheur. De cette façon, le chercheur peut arriver à réduire les biais affectifs et idéologiques qui risquent d'affecter l'objectivité de son analyse. Nous présentons le tableau de notre analyse avec les catégories et les éléments de représentations en annexe (Appendice 5). Signalons que nous avons également mis en place une procédure de vérification par recherche systémique de mots clés *a posteriori* pour nous assurer de ne pas avoir oublié des extraits d'entrevues pertinents

4) L'interprétation des données :

L'interprétation des données, à la lumière du cadre théorique, consiste à « prendre appui sur les éléments mis au jour par la catégorisation pour fonder une lecture à la

fois originale et rigoureuse du corpus étudié » (Robert et Bouillaguet, 2007, p. 31). Cette étape a débuté aussitôt que le système de catégorisation est jugé satisfaisant. Elle est présentée au chapitre 5 de cette thèse.

Ce processus de réduction et d'interprétation systématique de toutes nos données est le garant de la rigueur de cette étape de la recherche. Les documents de travail ont été soumis à une relecture par deux autres chercheurs : Lucie Sauvé et Alain Deccache. Tous nos tableaux d'analyse se trouvent en appendice de ce document.

La logique inductive apparaît comme prévalente dans l'analyse des données qualitatives (Savoie-Zajc, 2004a). La diversité des stratégies de collecte de données mentionnées auparavant (observation de reconnaissance, entrevues individuelles, groupes de discussion) permet de porter des regards différents et par là, d'objectiver au mieux cette recherche de sens. Notre analyse de contenu permet de progresser dans la connaissance que l'on peut avoir des représentations sociales de la santé, de l'environnement et des liens entre les deux au sein des populations étudiées. Elle débouche sur des hypothèses qui ouvriront des portes à d'autres recherches.

3.6.2 L'analyse de discours

Nous avons envisagé également une analyse du discours. Celle-ci complète adéquatement l'analyse de contenu en prenant en compte les aspects logiques, herméneutiques ainsi que les caractéristiques extrinsèques où le discours est considéré non pour ce qu'il désigne, mais pour ce qu'il révèle. Maingueneau (1997) en propose la définition suivante : « l'analyse de discours est l'analyse de l'articulation du texte et du lieu social dans lequel il est produit ».

Dans notre recherche, l'analyse de discours apporte un éclairage complémentaire à l'analyse de contenus, en permettant d'être attentif à l'organisation du discours et aux indices de signification dont celui-ci est porteur. Nous accordons ainsi une attention particulière, par exemple, à l'ordre de priorité des idées, aux mots utilisés, aux

insistances sur certaines idées, aux détournements de la conversation, aux hésitations, aux silences, à la charge émotive, etc.

3.6.3 L'analyse des notes d'observation

Les notes descriptives figurant dans notre journal de bord¹⁷ nous aident à confirmer, infirmer ou compléter les observations faites lors des entrevues individuelles et de groupe. Elles permettent d'affiner notre analyse de données. Elles constituent une source d'information essentielle pour nous aider à colliger nos observations, nos impressions et nos intuitions, nos hypothèses, nos premières pistes d'analyse. Elles ont été relues à la lumière de notre catégorisation.

3.7 La stratégie d'identification de pistes éducatives

Notre recherche vise en bout de ligne l'identification de pistes stratégiques pour la prise en compte des représentations sociales de la santé, de l'environnement et des liens entre les deux, dans l'élaboration et la mise en œuvre d'interventions éducatives relatives à la santé environnementale en milieu urbain défavorisé. Dans le cadre de cette recherche, nous avons confronté nos résultats à ceux rapportés dans la littérature et plus spécifiquement, au regard des stratégies déployées en éducation populaire. Cette étape de la recherche nous semble un premier pas pour favoriser une amélioration ou une transformation des pratiques d'intervention. À la suite de ce travail doctoral, nous prévoyons poursuivre la recherche par des ateliers de discussion avec sept participants par quartier, dont trois intervenants ; nous y associerons également deux spécialistes du domaine de l'éducation relative à la santé et deux en éducation relative à

¹⁷ Le contenu de notre journal de bord correspond essentiellement à des données recueillies au gré de rencontres informelles et formelles dans les quartiers. Il permet de colliger des informations factuelles et/ou contextuelles, des observations et certaines de mes impressions. Pour Baribeau (2005), le journal de bord est qualifié d'*entours* des entrevues. C'est un instrument de collecte de données utile dans une perspective de triangulation.

Le journal réflexif contient davantage des réflexions personnelles (sur moi-même) qui parsèment mon cheminement durant la recherche. Il pourrait correspondre au « journal d'itinérance » dont parle Barbier (1996, 1985).

l'environnement. L'organisation de ces rencontres viserait à croiser la recherche et la pratique en vue d'élaborer des stratégies d'intervention appropriées pour répondre aux besoins d'éducation relative à la santé environnementale.

3.8 La synthèse de la démarche méthodologique

Comme nous l'avons signalé, notre recherche s'inscrit dans le courant qualitatif interprétatif, utilisant une approche ethnographique. Les entrevues individuelles semi-dirigées constituent le coeur de notre collecte de donnée. La population défavorisée que nous ciblons est celle de deux quartiers urbains : l'un au Québec et l'autre en Belgique. Nous présentons ces deux quartiers dans le chapitre suivant. Cependant, cette stratégie comporte des limites. Les entrevues prennent place dans un espace-temps spécifique. On reconnaît que l'expérience de chaque personne rencontrée dépasse largement son discours. D'où l'intérêt de recourir à des stratégies complémentaires de collecte de données.

Notre recherche s'appuie donc également sur une observation du milieu qui permet d'affiner la connaissance des éléments de contexte et de mieux saisir certains éléments de représentation sociale. Plusieurs lieux d'observation ont été privilégiés en fonction de notre objet d'étude et des contacts préliminaires que nous avons eus avec des associations dans chaque quartier.

Les informations recueillies par l'observation de (re)connaissance et lors de nos entrevues individuelles ont constitué le matériel de base dont nous avons extrait les thèmes et les questions à traiter avec les sujets lors de nos entrevues de groupe. Ces entrevues ont permis entre autres de confirmer, infirmer, nuancer, et compléter les données préalablement collectées et d'avoir ainsi accès à de nouvelles informations. Il s'agissait là d'une stratégie de triangulation méthodologique, favorisant la validité des résultats.

Au cours de la période où ont eu lieu les entrevues, nous avons aussi eu l'occasion de rencontrer des intervenants sociaux. Ces rencontres fortuites, pas toujours planifiées,

ont permis la validation et la discussion de plusieurs éléments du discours de nos répondants. Également, ces rencontres nous ont aidés à mieux contextualiser certaines informations recueillies lors des nos entrevues.

Notre caractérisation des représentations sociales de la santé, de l'environnement et du lien entre les deux nous ont amenés à réfléchir à l'élaboration de pistes d'interventions éducatives qui pourraient prendre appui sur ces représentations. Les résultats de la recherche pourront être ainsi réinvestis dans l'action et dans la pratique.

Finalement, dans une étape ultérieure, les résultats de la recherche seront présentés d'une part aux personnes rencontrées lors des entrevues dans chaque quartier et d'autre part, ils seront partagés avec la communauté scientifique (colloques et publications).

La figure 3 synthétise notre démarche méthodologique.

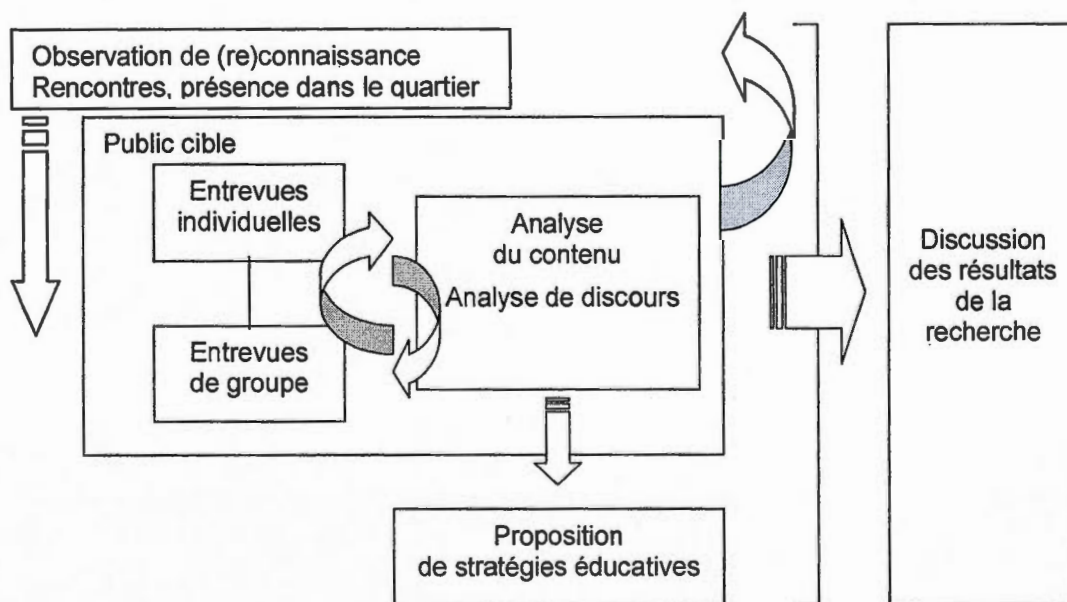


Figure 3 : Synthèse de la démarche méthodologique

+Notre recherche tente de s'ajuster aux caractéristiques et à la complexité du phénomène étudié. Elle combine plusieurs stratégies de collecte de données. Elle met

en valeur la subjectivité des personnes rencontrées et tente de cerner celle du chercheur de façon à saisir l'influence de son « je » dans le « jeu » de cette recherche (Rodhain, 2008). Elle est ouverte sur le vécu des sujets. Elle vise à contribuer à la compréhension et à la résolution de problèmes sociaux.

CHAPITRE IV

PRÉSENTATION DES SITES DE RECHERCHE
LES QUARTIERS DE LA SAMARITAINE ET DE POINTE-SAINT-CHARLES

C'est parce qu'il est traversé en permanence par des codes sociaux et culturels que tout espace est un lieu où se construisent socialement des significations qui à la fois conditionnent notre vie et sont conditionnées par elle.

[Fischer, 1997, p. 181]

Les concentrations urbaines dans nos pays occidentaux posent la question du vivre ensemble. Elles exposent également les groupes les plus fragilisés à un cumul de difficultés (Bertolotto et coll., 1995) relatives entre autres à la santé et à l'environnement. En se développant, la plupart des grandes villes ont engendré des espaces de vie très diversifiés et développé des inégalités socio-écologiques de santé importantes. Si les représentations de la santé, de l'environnement et des liens entre les deux sont socialement et culturellement marquées, elles s'inscrivent aussi dans l'histoire des espaces de vie. Elles dépassent donc le présent et sont finalement tributaires du passé et du futur appréhendé. Elles se construisent avec l'expérience et la connaissance des lieux.

Nous cherchons dans un premier temps à clarifier les représentations sociales de la santé, de l'environnement et du lien entre les deux chez des populations défavorisées en milieu urbain. Dans un second temps, nous réfléchirons sur la prise en compte de ces représentations dans l'élaboration de stratégies d'interventions éducatives en santé environnementale. Deux quartiers urbains nous interpellent plus particulièrement : celui de Pointe-Saint-Charles à Montréal (Québec) et celui de la Samaritaine à Bruxelles (Belgique).

Notre choix de ces sites s'est effectué à partir de quatre critères. Premièrement, il s'agit de deux quartiers qui sont composés d'une majorité de personnes défavorisées de

souche québécoise ou belge. Deuxièmement, comme nous le verrons un peu plus loin, tant le quartier Pointe-Saint-Charles que celui de la Samaritaine sont confrontés à des problématiques socio-écologiques importantes. Troisièmement, les dynamiques locales et la présence d'associations proches du vécu des personnes permettent le développement d'un travail de promotion et d'éducation relative à la santé et à l'environnement arrimé au quotidien. Enfin, puisque notre recherche s'inscrit dans le cadre d'un doctorat partagé entre le Québec et la Belgique, il nous a semblé intéressant d'avoir un lieu d'ancrage pour notre cueillette de données de part et d'autre de l'océan.

Notre regard s'attache à la vie quotidienne du quartier. Il s'inscrit dans une perspective ethnographique. Ce quatrième chapitre présente donc brièvement chaque quartier à partir d'informations recueillies à travers notre recherche documentaire, nos observations et nos rencontres exploratoires avec certains acteurs clés de chacun des deux territoires. Il s'agit pour nous de mieux saisir en contexte les représentations de la santé, de l'environnement et des liens entre les deux. Cette contextualisation nous aidera à mieux comprendre le sens que donnent les personnes aux réalités qui les concernent.

4.1 Le quartier Pointe-Saint-Charles

Pointe-Saint-Charles est le quartier le plus ancien de Montréal après le Vieux-Port. Il est reconnu pour son rôle de précurseur dans le développement de l'action communautaire au Québec. Sur le plan socio-économique, ce quartier urbain est aussi l'un des plus défavorisés au Québec.

4.1.1 Un quartier aux origines industrielles¹⁸

Le quartier Pointe-Saint-Charles que l'on surnomme familièrement « la Pointe » est enclavé, presque isolé des quartiers voisins. À l'est, la cour de triage de la compagnie ferroviaire Canadien National et l'autoroute Bonaventure. À l'ouest, les voies d'accès au

¹⁸ Renseignements obtenus par la société d'histoire de Pointe-Saint-Charles et lors d'une rencontre avec Isabelle Matte, responsable de la Clinique communautaire.

Pont Champlain, bordées d'un talus surmonté d'une clôture. Au sud, les voies ferrées qui empêchent l'accès au fleuve Saint-Laurent. Au nord, le canal Lachine et les trois ponts qui permettent de l'enjamber et d'accéder ainsi au reste de la ville (Plan du quartier : Appendice 7).

Bien avant la venue des premiers Européens, des Amérindiens occupent ce territoire marécageux propice à la pêche et à la chasse à l'oie. D'ailleurs, une partie de ce territoire portait le nom de Village-aux-Oies, fut occupé essentiellement par les immigrants français. En 1642, Paul de Chomedey de Maisonneuve fonde Ville-Marie, aujourd'hui Montréal. Il concéda en remerciement quelques terres à un certain Charles Lemoyne, alors interprète auprès des Amérindiens. À cause de la forme de ses terres, on parlera de la « pointe à Charles », devenue Pointe-Saint-Charles au fil des ans.

Au tout début, le village mena longtemps une vie paisible. La majeure partie de Pointe-Saint-Charles possédait presque exclusivement une vocation rurale et agricole. La construction du canal Lachine en 1821 pour contourner les rapides du fleuve Saint-Laurent va favoriser le développement économique de l'Ouest-de-l'Île de Montréal et va changer la nature du quartier. Ce grand chantier nécessita plusieurs centaines d'ouvriers, majoritairement des Irlandais, dont plusieurs s'établirent à proximité. Le chemin de fer et le pont Victoria qui traversent le fleuve Saint-Laurent vont favoriser le développement d'une activité industrielle intense et l'afflux d'une population ouvrière.

Pendant plus d'un demi-siècle, le quartier Pointe-Saint-Charles deviendra l'un des plus importants secteurs industriels du Québec. La population augmente rapidement pour atteindre plus de 28 000 habitants en 1941. Des commerces de tous genres voient le jour. La plupart des habitants travaillent dans les usines situées le long du canal Lachine et touchent un modeste salaire. Avec le temps, plusieurs mouvements de protestation vont permettre aux ouvriers et ouvrières d'améliorer leurs conditions de vie.

À la fin de la Deuxième Guerre mondiale, de nombreuses entreprises situées à Pointe-Saint-Charles sont désuètes et nécessitent des rénovations majeures. Incapables de répondre aux besoins de production de l'époque, les vieilles usines sont abandonnées. À partir des années 1960, avec le déclin industriel et la fermeture du canal Lachine, les taux de chômage et de pauvreté augmentent considérablement. Le nombre de

personnes dans le quartier diminue. De nombreux commerces et lieux de loisirs ferment leurs portes. L'état général des logements se dégrade.

Aujourd'hui, le quartier est devenu l'un des plus défavorisés de Montréal. De nombreuses familles vivent sous le seuil du faible revenu. Les équipements commerciaux et collectifs sont rares. Il n'y a qu'un seul supermarché d'alimentation et on n'y trouve pas d'école secondaire. Les quelques équipements municipaux et les rares industries qui restent, vieillissent et ne sont pas toujours renouvelés.

Dans ce quartier d'usines, traversé par le chemin de fer, la pollution représente de sérieux risques pour la santé. Le canal Lachine est pollué. La navigabilité du canal est réglementée pour éviter de remuer les sédiments. Un peu partout dans le quartier, des produits hautement toxiques tels que le plomb, le benzène et la térébenthine ont été fréquemment entreposés dans des réservoirs souterrains. Avec le temps et la corrosion, le sol s'est contaminé. Tout aménagement du quartier suppose une étude de la qualité du sol et si nécessaire, une décontamination des terrains. Cela constitue un obstacle majeur pour le développement du quartier. Par ailleurs, la qualité de l'air est mauvaise. Le quartier est encerclé par d'importantes infrastructures routières, subissant une circulation de transit entre la Rive-Sud et le centre-ville de Montréal. Une étude menée en 2005 (Smargiassi et coll., 2005) montre que le risque d'hospitalisation des personnes pour problèmes respiratoires est plus grand lorsque l'intensité de la circulation routière à Montréal est élevée. C'est le cas de l'ensemble des autoroutes entourant le quartier. Il n'est donc pas étonnant qu'on retrouve dans le quartier Pointe-Saint-Charles beaucoup de maladies respiratoires.

4.1.2 La population défavorisée du quartier Pointe-Saint-Charles

Malgré toutes les difficultés, ce quartier défavorisé en milieu urbain projette un esprit de cohésion qui lui confère l'atmosphère d'un village. Les résidents de Pointe-Saint-Charles expriment fièrement cet attachement au territoire en se disant de « la Pointe ». Les habitants se connaissent, fonctionnent en réseaux de familles et d'amis, entretiennent souvent des souvenirs transmis de génération en génération et des désirs relatifs à leur

environnement. Certains diront même « on est comme une grande famille ». Ce sentiment d'appartenance, de partage et d'une identité territoriale commune liée en partie à la nature des liens sociaux et culturels qui se sont formés entre les habitants fait en sorte que les personnes sont satisfaites d'habiter le quartier, même si le milieu est considéré comme malsain : logements délabrés pouvant contribuer à l'apparition de problème de santé, terrains vagues et contaminés par des déchets industriels, dépôts clandestins, etc. (van Steenberghe, 2005).

Le quartier Pointe-Saint-Charles concentre une population très dépendante de l'aide sociale. Près d'un adulte sur trois en est prestataire. L'Agence des services de santé et des services sociaux présente dans son rapport de 2004 un portrait de la population¹⁹. Ce document montre que l'état de santé de la population de ce territoire est moins bon que celui de la population montréalaise, que les maladies chroniques causent plus de dommages, que le taux d'hospitalisation est plus élevé, et que les problèmes de santé mentale sont importants. Les quelques données présentées dans le tableau 7 en donnent un aperçu de la situation sociale et démographique du quartier, en lien avec notre public cible.

Tableau 7 : Données démographiques - Pointe-Saint-Charles

Population	13 205 habitants
Âgés de 20 à 64 ans	62 %
Parlant le français	60 %
Prestataires de l'aide sociale	33 %
Au chômage	20 %

Sources : Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles (2004)²⁰

En raison de son histoire mouvementée, le quartier a une riche tradition de développement communautaire. On y trouve de nombreux organismes²¹ qui viennent en

¹⁹ Agence de développement, de réseaux locaux, de services de santé et de services sociaux, Québec, Montréal (2004). Trousse d'information : Portrait de la population - Centre de santé et de services sociaux de Verdun/Côte-Saint-Paul, Saint-Henri et Pointe-Saint-Charles - Accès : www.santemontreal.qc.ca/pdf/PDF_CSSS/pop_03.pdf

²⁰ Voir note ci-dessus.

aide aux personnes défavorisées. Par exemple, à la *Columbia House*, des repas communautaires sont servis quotidiennement. Le Club populaire des consommateurs a mis sur pied un groupe d'achats économiques et des cuisines collectives. Le Réseau des jardins collectifs permet aux habitants qui le souhaitent de cultiver ensemble des fruits et des légumes, et d'en partager la récolte. Le Carrefour d'éducation populaire propose plusieurs activités occupationnelles ou autres pour venir en aide aux personnes du quartier.

Parmi tous les organismes, la Maison du partage d'Youville occupe une place particulière pour la plupart des personnes du quartier. Elle est le lieu d'un réseau de solidarité, d'entraide et de soutien afin d'améliorer leur qualité de vie. Un service de dépannage alimentaire et des activités éducatives centrées sur les besoins des personnes défavorisées adultes du quartier sont parmi les principales activités mises en place par les intervenants de la Maison du partage d'Youville. La majorité des personnes que nous avons rencontrées utilisent divers services offerts par cet organisme.

La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles est une autre institution maîtresse dans le quartier. Mise en place dans les années 60, elle est la première clinique communautaire dans toute la province du Québec. Cette structure de santé offre les soins gratuits à toute la population du quartier. Elle s'inscrit aussi dans un objectif d'amélioration du bien-être des habitants en organisant plusieurs activités qui visent à soutenir la santé physique et mentale de ceux-ci. Deux lieux de service existent dans le quartier : l'un sur la rue Centre et l'autre sur la rue Ash. Il est intéressant de constater que cette structure de santé est gérée par un conseil d'administration composé en partie par des résidents du quartier.

4.1.3 Le portrait des personnes rencontrées

Comme notre recherche vise à étudier le cas de « personnes défavorisées » résidant dans le quartier Pointe-Saint-Charles, il convient de présenter très brièvement l'histoire

²¹ L'appendice 11 reprend la liste des principaux organismes oeuvrant dans le quartier

de chacune d'entre elles et par la même occasion de tenir compte que notre démarche de recherche s'effectue auprès de personnes avec leurs dimensions idiosyncrasique, culturelle et sociale. Cette présentation permet entre autres de mettre en évidence toute une diversité de problématiques sociales vécues par ces personnes comme l'analphabétisme et la santé mentale ainsi que des parcours de vie très variés. Cela est à l'image de la population défavorisée du quartier.

Ces dix personnes sont celles qui ont participé aux entrevues individuelles semi-dirigées. Par la suite, certaines d'entre elles (4 personnes) ont aussi été intégrées dans un groupe de discussion. Dans un souci de confidentialité, les noms des dix participants ont été remplacés par des noms fictifs²². Nous avons aussi supprimé toutes références géographiques dans le quartier permettant de reconnaître aisément ces personnes. Elles sont présentées par ordre d'âge décroissant.

René

René est âgé de 60 ans. Cela fait plus de quarante ans qu'il habite dans le quartier. Il est arrivé à Pointe-Saint-Charles, avec ses parents, quand il avait douze ans. À quatorze ans, il a commencé à travailler dans une usine. Son père lui disait que ce n'était pas à l'école qu'il allait apprendre ; il fallait qu'il aille travailler et qu'il gagne de l'argent. René s'est marié deux fois. Il a eu trois filles, dont l'une est décédée en consommant de la drogue. Ses enfants habitent aussi dans le quartier. Depuis son divorce, il vit seul. Aujourd'hui, il habite un tout petit logement situé sur une des principales artères du quartier, à proximité de plusieurs organismes communautaires. Son loyer correspond à la moitié de ce qu'il reçoit avec l'aide sociale. Dès lors, le manque d'argent ne lui permet pas de faire tout ce qu'il souhaiterait.

René a connu plusieurs problèmes de santé, dont un accident vasculaire cérébral. Il a presque tout récupéré. Mais, une certaine difficulté d'élocution ne facilite pas sa communication. Il a aussi connu un problème d'alcool. S'il n'en parle pas explicitement, il montre quand même avec une certaine fierté une petite médaille qu'il a reçue des alcooliques anonymes. Cela fait plus de vingt ans qu'il a arrêté de boire.

²² Pour garder la dimension humaine et conserver la logique dans notre démarche de recherche qui met l'accent sur les individus et non sur des chiffres, nous avons finalement préféré utiliser ces prénoms fictifs dans la citation de verbatims plutôt qu'une numérotation (E1, E2, E3...).

Pour briser sa solitude, il vient très régulièrement au Carrefour d'éducation populaire et participe à diverses activités comme l'alphabétisation, un atelier cuisine, une chorale, etc. Il fréquente plusieurs autres ressources du quartier comme le Comité des personnes assistées sociales de Pointe-Saint-Charles, la Maison du partage d'Youville ou encore la Sint Columba House. Il apporte une aide ponctuelle dans ces diverses ressources. Comme il le mentionnera : « Tout ce que je peux faire, je le fais. En fait, j'essaye. C'est mieux de même que de me dire en moi-même que je ne suis pas capable de le faire. Non, j'essaye toujours de le faire ».

Gilles

Gilles est arrivé dans le quartier en mars 1992. Il s'est installé comme concierge dans un immeuble à logement géré par un organisme sans but lucratif. Auparavant, il habitait dans le quartier voisin : le quartier de Saint-Henri.

Sans emploi et n'ayant pas terminé ses études secondaires, il avait suivi avec sa femme une formation de conciergerie organisée par la Société d'amélioration de Pointe-Saint-Charles, devenue depuis le Regroupement économique du Sud-Ouest. C'était une formation qui se donnait pour des personnes sur l'aide sociale. À la suite de cette formation, il est devenu concierge dans un immeuble de Pointe-Saint-Charles. Il a travaillé pendant presque huit ans. En raison de problème de santé, il a dû arrêter son travail en 1998. Depuis, il est sans emploi et reçoit l'aide sociale.

Gilles est âgé de 58 ans. Il vit avec sa femme. Il n'a pas d'enfant. À eux deux, ils ont des revenus d'un peu moins de 1200 \$ par mois. Il a toujours habité dans le même bloc d'appartement. Avec une certaine fierté, il signale que cela fait quinze ans qu'il réside dans la même bâtisse. Actuellement, il paye 300 \$ de loyer. Considérant tout ce qu'il y a dans le quartier comme organismes communautaires et la qualité de son logement, il ne pense pas déménager. Il nous dira que sa vie est à Pointe-Saint-Charles.

Françoise

Françoise est née dans le quartier. Elle est issue d'une famille de onze enfants. Âgée de 57 ans, elle n'a jamais résidé en dehors de Pointe-Saint-Charles. Par contre, elle a déménagé à plusieurs reprises dans le quartier pour des raisons soit d'insalubrité, soit liée au coût trop élevé du loyer, ou bien pour des changements familiaux. Elle a eu plusieurs enfants, dont un enfant handicapé. Selon elle, la prise en charge de son enfant

handicapé a entraîné une accumulation de stress physique, mental et psychologique qui a fait que l'arthrite, l'arthrose et la fibromyalgie sont arrivées. Son seul revenu vient de l'aide sociale, à laquelle s'ajoute une allocation complémentaire pour incapacité d'emploi. Françoise est une personne particulièrement impliquée dans le quartier. Sa présence continue et son implication font qu'elle est connue par la plupart des habitants de Pointe-Saint-Charles. Elle travaille entre autres comme bénévole au Comité des personnes assistées sociales. Elle dira : « Moi, le bénévolat me valorise. À rester chez nous et à me tourner les doigts, je préfère faire du bénévolat ». Elle vit aujourd'hui seule dans un logement social adapté, dans un coin excentré, à proximité du parc Leber.

Normand

Normand, célibataire âgé de 53 ans, habite dans le quartier Pointe-Saint-Charles depuis plus de sept ans. Il occupe un petit logement social au deuxième étage et paye un loyer proportionnel à ses revenus (164 \$). Le parcours de vie de Normand est marqué entre autres par des problèmes d'alcool. Il a suivi une forme de thérapie à la Maison du Père de Montréal. Là, il devait rester toute la journée et travaillait dans la cuisine comme « aide-cuisinier ». Normand a aussi séjourné plusieurs années dans un pénitencier à la suite d'une histoire de vol armé. Mais aujourd'hui, il se tient bien tranquille. Il prend soin de lui et de sa santé. Normand est asthmatique et a eu un grave accident qui lui a valu plusieurs mois d'hospitalisation. Il reçoit l'aide sociale avec un complément pour incapacité professionnelle. Il occupe une partie de ses journées en travaillant occasionnellement comme bénévole à la Maison du Partage, ce qui lui donne droit au repas du midi et à un panier de nourriture sans devoir déboursier la somme forfaitaire de trois dollars. Il fait également l'entretien ménager dans un logement situé dans le quartier de Saint-Henri. Ayant des difficultés majeures pour lire et écrire, quand il a besoin de quelques choses ou de remplir des papiers, Normand fait toujours appel à un travailleur social avec lequel il a développé un lien de confiance.

Michel

Michel est âgé de 46 ans. Il habite seul dans un petit logement situé à proximité de la station de métro. Pointe Saint-Charles est son quartier d'adoption. Il connaissait les lieux avant de venir y habiter, car sa mère a passé une partie de sa jeunesse à travailler dans les usines du quartier.

Michel a travaillé quelque temps comme chauffeur de taxi. Atteint d'une maladie chronique incurable, il est inapte au travail. Il reçoit l'aide sociale. Sa satisfaction du quartier s'exprime à travers les nombreuses ressources communautaires qui sont dans le quartier et qui sont adaptées aux besoins des personnes défavorisées. Il mentionnera entre autres la Sint Columba House qui se trouve proche de chez lui. Il s'agit d'un restaurant social qui offre le repas de midi pour seulement un dollar. Michel s'y rend chaque jour et prend deux portions : une pour le midi et une autre pour le soir. « Je mange toujours frais. Je n'ai pas besoin de me faire à manger », dira-t-il.

Michel a consommé beaucoup d'alcool. À Pointe-Saint-Charles, il y a plusieurs brasseries. Cela faisait partie de sa vie dans le quartier d'aller boire. Aujourd'hui, il a arrêté et s'implique dans l'association des Alcooliques anonymes. Pour lui, c'est devenu une grande partie de sa vie. Il passe aussi son temps sur l'ordinateur en copiant de la musique. Il mentionne : « J'ai vraiment besoin d'occuper mes journées parce que j'ai trop de temps pour moi. Sans cela, j'ai trop de temps pour penser négativement à moi. »

Lise

Depuis son jeune âge, Lise réside dans le quartier. À quelques reprises, elle a déménagé pour aller ailleurs. Mais, elle est toujours revenue à Pointe-Saint-Charles. Cela fait maintenant une quinzaine d'années qu'elle habite proche du Centre Saint-Charles. Lise est âgée de 45 ans. Séparée de son conjoint depuis très longtemps, elle vit toute seule. Sa fille est placée dans une famille d'accueil. Lise fréquente diverses ressources dans le quartier telles que le Groupe d'achats du Club des consommateurs, l'association « Madame prend congé » ou encore le Carrefour d'éducation populaire pour faire des sorties culturelles en groupe. L'été passé, elle a voulu participer aux Jardins collectifs. Mais, sa santé physique n'était pas assez bonne. En dehors du quartier, elle participe occasionnellement aux activités d'un groupe de femmes en santé mentale. Son quotidien : c'est de regarder la télévision et faire un peu de ménage.

Lise a un problème de santé mentale liée à un déficit d'attention. Cela l'amène à avoir un suivi communautaire offert par la Clinique du quartier. Elle a également un problème hormonal à la glande thyroïde, de l'asthme dont l'origine serait - selon elle - héréditaire et de la fibromyalgie. Elle a aussi une petite vessie, ce qui complique ses déplacements dans le quartier.

Elle connaît actuellement des problèmes d'humidité et de moisissures importants dans son logement. Elle a d'ailleurs demandé à l'administration municipale un transfert dans un autre logement de Pointe-Saint-Charles. Son seul revenu est l'aide sociale. Elle ne peut trouver d'emploi en raison de ses problèmes de santé et de son manque de scolarité.

Jacques

Jacques est âgé de 45 ans. Il réside dans le quartier depuis plus de huit ans. Son logement se situe dans un bloc d'appartements à loyer modique. Il reçoit l'aide sociale avec un complément pour invalidité à vie (852 \$ par mois). Durant son enfance, Jacques a voyagé entre plusieurs familles d'accueil. À 14 ans, il a trouvé un petit emploi temporaire dans la construction. À partir de là, Jacques a commencé à faire du sport. Il a gagné sa vie comme culturiste et a reçu le prix « Monsieur Montréal » à la fin des années 1980. Mais, à la suite de plusieurs opérations chirurgicales, il a dû arrêter. Depuis, à cause de sa « mauvaise » santé et de son faible niveau de scolarité, aucune entreprise n'a voulu l'engager pour travailler. Il fait donc un peu de bénévolat pour occuper son temps et essaye de suivre occasionnellement des petites formations sans évaluation formelle. Il a entre autres suivi un cours de secourisme. À ce sujet, il nous dira lors de l'entrevue : « Cela ne compte pas pour trouver un emploi. Ça compte pour moi. Ça aide », ou encore : « Faire du bénévolat, cela me donne juste un sourire ». Tous les mercredis, il vient « faire son épicerie » à la Maison du partage d'Youville. C'est sa grande sortie, comme il dit. Il en profite souvent pour prendre un petit café avec les gens qui sont là. Son passe-temps actuel, c'est l'informatique. Il a créé son site Internet. Il rêve d'ouvrir sa propre société informatique. « Moi, j'ai 45 ans. Là, je me dis que je ne peux pas être fini à 45 ans » signale-t-il.

Marc

Marc est âgé de 42 ans. Il est né dans le quartier voisin. Il est venu plusieurs fois dans le quartier Pointe-Saint-Charles avant d'y résider. Il y habite depuis sept ans, sur une rue proche de la voie ferrée. Il occupe le même logement depuis son arrivée. Il n'avait pas le choix que de venir dans le quartier s'il voulait obtenir un appartement à prix réduit. En effet, si on n'accepte pas un logement disponible dans une habitation à loyer modique, la personne est automatiquement rétrogradée à la fin de la liste d'attente.

La vie dans le quartier lui convient. Marc y trouve plusieurs avantages. C'est calme comme endroit. Il y a beaucoup de pistes cyclables. La piscine se trouve proche de son logement. Chaque été, il essaye de sortir le plus souvent possible de la ville pour éviter les grosses chaleurs. Il s'en va alors chez des amis. Au niveau de santé, Marc est séropositif. Il va rarement à la Clinique communautaire du quartier. Il est suivi par un médecin dans une clinique du centre-ville pour éviter d'être « typé ».

Marc a quatre frères, dont un qui est décédé. Aucun de ses frères n'habite dans le quartier. Son seul revenu actuel est l'aide social. Son niveau de scolarité correspond à la troisième ou quatrième secondaire selon les matières. Marc occupe principalement ses journées en réparant des ordinateurs pour des amis ou en conduisant avec sa voiture des personnes à divers endroits. Il fait « taxi sans l'étiquette taxi » pour reprendre son discours. Sinon, il écoute souvent la télévision et comme plusieurs personnes du quartier il fréquente les diverses organisations communautaires comme la Maison du partage d'Youville.

Sylvie

Native de Pointe-Saint-Charles, cette femme âgée 41 ans n'a jamais habité ailleurs. Plusieurs membres de sa famille habitent aussi dans le quartier. Cela fait maintenant seize ans qu'elle occupe le même appartement dans une coopérative d'habitation, au cœur même du quartier. Auparavant, elle est restée quelques mois dans une résidence pour des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Elle se fait suivre pour son problème de santé mentale par la Clinique communautaire. Sylvie vit seule. Elle reçoit l'aide social avec un supplément pour incapacité d'emploi. Dans le quartier, elle fait partie du groupe d'achats du Club des consommateurs de Pointe-Saint-Charles, car c'est moins cher que d'aller dans une épicerie. Elle participe occasionnellement aux activités de l'organisme « Madame prend congé ». Pour briser sa solitude, il lui arrive souvent de se déplacer là-bas juste pour sortir de chez elle et rencontrer des personnes. Pour équilibrer financièrement son mois, elle garde parfois les enfants lors d'activités menées par des organismes communautaires dans le quartier.

Marie-Josée

Marie-Josée demeure dans une habitation à loyer modéré qui appartient à la Ville de Montréal. Elle ne travaille plus depuis plus de cinq ans et touche l'aide sociale avec un

complément comme responsable de famille. Elle reçoit mensuellement un montant de 852 dollars.

Dans le quartier Pointe-Saint-Charles, elle utilise plusieurs ressources comme le Comité des sans-emplois ou encore le Carrefour d'éducation populaire. Atteinte d'un trouble bipolaire caractérisé par la fluctuation anormale de l'humeur, c'est en venant au Carrefour d'éducation populaire qu'elle a appris à connaître sa maladie, à l'accepter et à vivre avec elle.

Une de ses activités dans le quartier est de faire partie d'une chorale. Aussi, Marie-Josée est très croyante. Elle fréquente assidûment une église chrétienne.

Elle est née dans le quartier et y a toujours vécu. Âgée de 38 ans, elle a eu quatre enfants dont deux sont décédés. Le père de ses deux premiers enfants est mort d'une crise cardiaque. Les parents de Marie-Josée habitent également dans le quartier.

Cette présentation sommaire de nos participants témoigne de la diversité d'une population défavorisée tant au niveau du parcours de vie des personnes que des problématiques sociales et de santé. Pour rappel, notre public cible est composé d'adultes résidants dans le quartier depuis plusieurs années, ayant de faibles revenus et une faible scolarité. D'entrée de jeu, nous pouvons aussi remarquer que neuf de nos répondants vivent actuellement seuls et que le tiers de ceux-ci nous ont parlé ouvertement de leur problème de santé mentale. Cela rejoint les principales données concernant la population de ce territoire. Comme le mentionne l'Agence des services de santé et services sociaux (2004), le quartier Pointe-Saint-Charles affiche la proportion la plus élevée de famille monoparentale (50,2 %) pour l'ensemble de l'île de Montréal, depuis plusieurs années, et ce nombre ne cesse de s'accroître. Aussi, rappelons que dans le même rapport, l'Agence signale que l'état de santé de la population de ce territoire est moins bon que celui de la population montréalaise. Les données du dernier recensement (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2009) montrent également qu'un cinquième des adultes (21 %) vit seul.

4.2 Le quartier de La Samaritaine

Non loin du centre de Bruxelles, au coeur des Marolles, se situe le quartier de la Samaritaine. C'est le quartier du « parler-vrai » ; un quartier qui a toujours accueilli les habitants les plus défavorisés, mais sans doute aussi les plus épris de liberté. C'est entre autres dans la Samaritaine que se sont déroulées plusieurs luttes urbaines pour une rénovation respectueuse du tissu urbain et social.

Après un bref historique, qui nous permettra de comprendre que ce quartier a été depuis ses origines un îlot regroupant des personnes défavorisées, nous présenterons la population du quartier ainsi que les principales organisations qui interviennent actuellement dans le quartier.

4.2.1 Un quartier « pauvre » depuis longtemps²³

Le quartier des Marolles se situe au coeur de Bruxelles, délimité par le Palais de justice, le boulevard du Midi, la jonction ferroviaire entre la gare du Nord et celle du Midi, l'église de la Chapelle et la rue des Minimes (Plan du quartier : Appendice 8). À l'intérieur de ce territoire, cinq pôles d'attraction aux limites souvent floues ont été déterminés, dont celui de la Samaritaine.

La Samaritaine constitue une zone différente des Marolles, une sorte de sous-quartier. Les habitants y sont liés par un fort sentiment d'appartenance et d'appropriation du territoire. Aujourd'hui, cinq petites rues à l'ambiance villageoise constituent ce quartier : les rues du Temple, de la Samaritaine (qui en constitue l'axe principal), des Chandeliers, Christine et de la Porte Rouge. Seules la rue Christine et celle de la Porte Rouge ne sont pas connectées sur la rue de la Samaritaine. Autour de ce quartier se trouvent la rue Haute, la rue des Minimes et le Sablon. Il s'agit d'espaces de vie en contraste avec « la Samaritaine ». En effet, beaucoup de commerces de luxe s'y sont installés et ne sont pas abordables pour la population du quartier de la Samaritaine.

²³ Renseignements obtenus entre autres auprès de Léopold Vereecken, Centre public d'aide sociale de Bruxelles, Belgique – Rencontre du 22 août 2006

Aujourd'hui, ce territoire est constitué d'habitations qui s'imbriquent les unes dans les autres. Les bâtiments sont subdivisés en de petits appartements pour une ou deux personnes, parfois plus. Du côté de la rue de la Samaritaine et de la rue des Chandeliers existent encore quelques arrières cours qui donnent sur les habitations.

Au cours des siècles, ce quartier fut toujours occupé par une population défavorisée.

À la fin du 12^e siècle, la ville de Bruxelles s'entoure d'une première muraille pour protéger ses habitants des ennemis extérieurs, mais également pour maintenir à l'écart les populations les plus pauvres. C'est ainsi que chaque soir au son de la cloche qui annonce la fermeture des portes d'enceintes, les ouvriers, mendiants et autres exclus doivent quitter les lieux. D'où le nom de clochards qui y trouve son sens originel. Cette population se regroupait alors sur le territoire actuel des Marolles et plus spécifiquement celui de la Samaritaine. En 1383, la construction d'une deuxième enceinte engloba l'ensemble du quartier des Marolles.

Avec le développement de la ville, la population résidente était alors en majorité ouvrière. Une partie importante des habitants provenait de la province et était installée sans la famille. Le quartier avait donc une vocation de dortoir. Un vieux mur de brique serait le reste d'une grange qui abritait les apprentis venus de Wallonie. Il y avait aussi des familles nombreuses qui connaissaient des conditions de vie extrêmement défavorables. Au 17^e siècle, devant l'importance de la pauvreté dans le quartier, de nombreuses congrégations religieuses s'établissent sur place. Parmi celles-ci, les Sœurs Apostolines dont la devise *Mariam Collentes* donnera, par élisions successives, leur surnom des Sœurs Maricolles et l'appellation du quartier de la Marolle. Cependant, certains historiens attribuent l'origine du mot « Marolle » à l'arrivée dans le quartier de plusieurs ouvriers du Hainaut qui amènent avec eux leur fromage à forte odeur : le Maroille.

À la fin du 19^e siècle, l'Armée du Salut s'installe dans des locaux qui donnaient sur la rue des Temples. On y distribuait des soupes populaires. On y offrait le logement. Le dortoir pouvait accueillir jusqu'à 300 personnes. Cette institution exista jusqu'en 1972. Sa longue présence dans les limites du quartier de la Samaritaine peut expliquer, en partie, l'enracinement d'une population particulièrement défavorisée.

Le quartier conservera longtemps une image de mauvaise réputation. Au début du siècle dernier, la rue de la Samaritaine était vouée à la prostitution et plusieurs bâtiments ont été considérés comme des repaires pour des truands (Godefroid, date inconnue)

Par ailleurs, des établissements ouverts jour et nuit s'étaient installés dans le quartier. Ces cafés accueillaient les sans-travails et les sans-logis. Ceux qui venaient là pouvaient y passer la nuit appuyés sur une corde tendue entre deux murs. Le tenancier la retirait le matin lorsqu'il fallait nettoyer les locaux. Cette pratique dura jusque dans les années 1970.

Depuis moins d'un siècle, plusieurs transformations urbaines ont eu lieu dans le quartier, ce qui a restreint son étendue. En 1978, une vingtaine de maisons occupées par une population vivant dans l'extrême pauvreté furent évacuées de force par arrêté municipal en raison de l'insalubrité et de l'inhabitabilité de celles-ci. Aucune mesure de relogement ne fut envisagée. Ces expulsions ont déstabilisé la population du quartier. Dans ce contexte-là, le Comité de quartier de la Samaritaine prit forme et exerça des pressions sur les autorités publiques pour demander la rénovation des logements et la réhabilitation prioritaire pour les anciens occupants. La Ville de Bruxelles décide alors d'acquérir plusieurs bâtiments et de les transformer en logements sociaux. En quelques années, plus de la moitié des maisons du quartier de la Samaritaine seront rachetées par la Ville.

Jusqu'à la fin des années 80, la grande majorité des habitants occupaient toujours des logements qualifiés d'insalubres et souvent exigus. La plupart de ces logements étaient des garnis. Il s'agissait d'une politique menée par les propriétaires qui divisaient les espaces en chambres garnies sans pour autant consentir au bon entretien de l'habitation. À cette époque, le quartier de la Samaritaine était un des principaux foyers de bronchite et de tuberculose de toute l'agglomération bruxelloise. Des corrélations étaient évidentes entre la salubrité du logement et la maladie.

En 1989, deux immeubles accueillants des logements garnis n'offraient plus la sécurité nécessaire à leurs habitants. Un arrêté d'expulsion sera émis. La police chassera les habitants. Leur relogement n'étant pas prévu, ceux-ci décidèrent de vivre dans la rue. La rue de la Samaritaine se couvre alors de matelas, les habitants crient leur ras-le-bol au sujet de la lenteur des rénovations. « L'opération matelas » durera deux mois, la plupart

des expulsés seront relogés. Cet événement semble avoir marqué l'imaginaire des personnes du quartier. Vingt ans plus tard, toutes les personnes du quartier en parlent encore.

Aujourd'hui, même si la qualité des logements et du quartier semble s'être améliorée, la Samaritaine constitue encore un îlot où la population est particulièrement défavorisée. Aussi, en raison de sa situation géographique centrale, ce quartier risque de connaître une gentrification.

4.2.2 La population défavorisée du quartier de La Samaritaine

Dans ce quartier, contrairement à d'autres secteurs des Marolles, la population dominante est d'origine belge. La proportion de familles immigrante est restée très minoritaire. Cela pourrait s'expliquer par la mauvaise réputation du quartier. Mais, avec le temps, cette population d'origine est en train de changer. Le tableau 6 présente la population de ce quartier en fonction de quelques critères en lien avec le public cible de notre recherche.

Tableau 8 : Données démographiques - Quartier de la Samaritaine

Rues	Habitants belges	De 25 à 65 ans	Patients à la Maison médicale
Rue de la Samaritaine	158	83	27
Rue des Chandeliers	39	21	0
Rue des Temples	108	38	4
Rue Christine	85	51	2
Rue de la Porte Rouge	48	18	2

Sources : - Comité général d'action des Marolles (2005)
- Liste des patients de la Maison médicale (obtenue de Hannot, 2005)

Un élément marquant est sans doute le sentiment d'appartenance au quartier de la Samaritaine, de la part des habitants. Pour certains d'entre eux, le « grand quartier » des Marolles n'existe pas et donc, la Samaritaine constitue un quartier à part entière.

La population du quartier de la Samaritaine est très fragilisée. Les loyers ne sont pas toujours payés dans les délais impartis ; l'entretien des logements laisse à désirer. Ces situations peuvent parfois entraîner les personnes dans des procédures judiciaires pouvant aller jusqu'à la perte de leur logement.

Cette population est essentiellement en rupture de liens tant familiaux que sociaux. Les personnes ont donc souvent besoin d'être encadrées, soutenues et rassurées dans leurs projets. Une majorité des personnes que nous avons rencontrées ont par le passé exercé des métiers peu spécialisés et suite à différentes ruptures dans leur parcours de vie, elles se sont retrouvées exclues du circuit du travail.

Dans le quartier, une organisation occupe une place centrale : la Maison de quartier ou Comité de la Samaritaine (situé sur la rue de la Samaritaine). Elle est un lieu d'ancrage social pour les personnes ; un lieu où les habitants peuvent se rencontrer, échanger entre eux, participer à la vie du quartier et parfois faire émerger des projets communs. Plusieurs services y sont offerts comme : l'accompagnement social, un restaurant social (la Sama), un lieu pour se procurer des vêtements à bas prix, de la distribution occasionnelle de denrées alimentaires, etc. Les services et les activités proposés sont accessibles à l'ensemble de la population ; mais dans les faits, le public se compose essentiellement de personnes et de familles qui vivent d'un faible revenu et ont des problèmes sociaux, de logements, familiaux, etc. La majeure partie du public qui fréquente le restaurant social a plus de quarante ans et se trouve sans emploi.

La Maison médicale des Marolles a ouvert une antenne médicale dans la rue de la Samaritaine pour offrir des soins de proximité. Le recours à cette structure de santé prend un sens singulier pour les personnes défavorisées du quartier. Au-delà des soins qui y sont offerts, certaines personnes viennent chercher une écoute et un soutien moral suite à des situations de vie délicates. Le médecin est alors souvent amené à aider les personnes en difficulté dans leurs démarches et contribuer à l'amélioration de leurs situations. L'Antenne médicale de la Samaritaine dépasse la seule demande sanitaire et s'inscrit dans une prise en charge plus globale qui amène des collaborations avec les autres services offerts dans le quartier. Cette structure de soins, au plus près de la vie des personnes, permet donc d'accueillir et de soigner différentes formes de souffrance.

La vie sociale de nombreuses personnes tourne exclusivement autour du quartier de la Samaritaine. Étant donné les services offerts, une part de la population n'est pas amenée à devoir s'écarter régulièrement du quartier. Elle s'y sent chez elle. Ces personnes sont connues et reconnues. Elles vivent là depuis de nombreuses années et certaines d'entre elles sont même nées dans le quartier. Plusieurs d'entre elles rejoignent chaque jour de la semaine le restaurant social de la Samaritaine.

Le quartier est confronté à plusieurs problèmes environnementaux :

- l'humidité persistante dans les immeubles ;
- la présence de cafards et autres bêtes nuisibles ;
- la non-sécurisation des portes d'entrée des maisons ;
- l'inadaptation du logement à la composition familiale ;
- l'absence d'espace de jeu pour les enfants ;
- la malpropreté dans les rues et les dépôts clandestins ;
- l'absence de trottoir ;
- le stationnement sauvage ;
- etc.

Certains projets associatifs dans le quartier tentent de mobiliser les personnes autour de questions de santé et d'environnement. Cependant, le peu d'intérêt de la population semble montrer que ces interventions ne répondent pas nécessairement aux besoins de la population.

4.2.3 Le portrait des personnes rencontrées.

Comme pour le quartier Pointe-Saint-Charles, les dix personnes présentées ci-dessous ont toutes participé à nos entrevues individuelles semi-dirigées. Certaines d'entre elles ont également été intégrées dans notre groupe de discussion (4 personnes). Rappelons que dans un souci de confidentialité, les noms de nos dix répondants ont été remplacés par des noms fictifs²⁴. Ces personnes sont présentées par ordre d'âge décroissant.

²⁴ Voir note de bas de page n° 22 (page 116)

Jacqueline

Jacqueline est âgée de 59 ans. Elle réside depuis onze ans dans le quartier. Elle habite, avec son conjoint, dans une petite maison sur la rue des Temples. Cela fait maintenant trois ans qu'elle se trouve dans la même bâtisse. Elle occupe le rez-de-chaussée et possède un petit jardin. Avant, elle louait une des petites maisons sociales de la Cité Ronsmann, situées en arrière de la rue de la Samaritaine. Mais, à cause des problèmes d'humidité et de ses crises d'asthme, le médecin lui a suggéré de déménager. Liliane a deux enfants et maintenant des petits enfants qui viennent souvent lui rendre visite.

Jacqueline a travaillé un temps dans les buffets à la gare du Midi. En faisant ce métier, elle a toujours aimé rencontrer des gens. Pour elle, le quartier a une dimension importante : les gens s'entraident, se connaissent, se parlent, fêtent les anniversaires. Jacqueline s'ennuyait à ne rien faire et à rester chez elle. Elle en a parlé au docteur de l'antenne médicale. Depuis, elle est très impliquée dans la vie du quartier. Tous les matins, elle passe au restaurant social pour parler aux personnes, pour donner une aide bénévole. Pourtant, elle ne mange jamais au restaurant social. Elle participe à quelques activités organisées par le Comité de la Samaritaine comme une journée propreté, le barbecue annuel du quartier. Elle est aussi responsable (bénévole) du vestiaire. Il s'agit d'un petit magasin de vêtements pour les personnes les plus défavorisées dans le quartier.

Elle a un chien. Pour elle, c'est important d'avoir un animal de compagnie.

Jacqueline a plusieurs problèmes de santé dont elle nous parle : surpoids, diabète, asthme et cholestérol.

Louis

Louis habite le quartier depuis 1949. Voilà dix ans qu'il occupe le même logement sur la rue de la Samaritaine, au coin avec la rue des Chandeliers. Mais, il n'est pas né dans le quartier. Sa famille est venue de Mechelen parce que les loyers de l'époque étaient moins élevés à Bruxelles. Il parle le bruxellois. Il a grandi dans le quartier. Il y est particulièrement attaché au quartier, à « son quartier ».

Louis est membre du mouvement ATD Quart Monde²⁵. Jadis, il y avait une antenne locale de ce mouvement dans le quartier. Comme délégué belge, il a participé à

²⁵ Le mouvement ATD Quart Monde défend l'accès des plus pauvres à l'exercice de leurs droits et vise à supprimer l'extrême pauvreté (www.atd-quartmonde.org)

plusieurs activités nationales et européennes comme une mini-assemblée générale du mouvement à Paris, un voyage au Vatican, etc. Dans le quartier, il a participé à l'opération « matelas dans la rue ». En 1989, la Ville voulait expulser de nombreuses familles de leurs logements pour insalubrité. Mais, des habitants comme Louis refusèrent et décidèrent de dormir dans la rue pour forcer la Ville à racheter les logements auprès des propriétaires et à les rénover. Aujourd'hui, comme, il connaît bien l'histoire du quartier, il est parfois invité dans les écoles pour parler de la pauvreté, du mouvement ATD Quart Monde et de la vie dans le quartier.

Louis n'a pas d'activité particulière. Il reste chez lui. Il mange tous les midis dans le restaurant social du quartier, ce qui lui assure un repas chaud. Pour le reste, il se contente de tartines et parfois de paquets de frites. Il ne cuisine jamais.

Il est fumeur. Il a essayé plusieurs fois d'arrêter sans succès. Il était alcoolique. Depuis presque vingt ans, il a arrêté de boire avec l'aide des Alcooliques anonymes.

Louis n'a jamais travaillé, car il a un handicap à une jambe. Nous signalerons qu'il parle un français peu structuré ce qui complique la compréhension de son discours.

Pierre

Pierre est âgé de 58 ans. Il est marié et a un fils. Il a des problèmes importants d'élocution ce qui rend l'entrevue très compliquée et la retranscription « difficile ». Il habite dans le quartier depuis environ quarante ans. Son logement actuel est situé à proximité de l'Antenne médicale. Il avait de la famille dans le quartier : son frère, son père, son grand-père et des neveux. Comme il est connu dans le quartier, il peut se déplacer en toute sécurité.

Il a eu un grave accident de moto et se déplace avec une marchette. Son logement est situé au premier étage. Son handicap lui pose d'ailleurs quelques difficultés pour monter les escaliers.

Pierre reconnaît ouvertement qu'il est alcoolique. Mais, il ne va pas dans les cafés. Il picole chez lui parce que c'est plus discret. D'ailleurs, l'entrevue a dû se faire en matinée, dans son logement. Nous avons pu observer de nombreuses bouteilles de vin sur le sol. Il boira même un verre de Cinzano blanc pendant notre rencontre. L'appartement est sale : murs écaillés, vieilles peintures, papier à tapisser déchiré, plafond noirci par la fumée des cigarettes, revêtement du sol usagé (Balatum déchiré en plusieurs endroits). Les meubles sont usagés. Sur la table de la salle à manger, il y a un

pain et quelques boîtes de conserve. Sur un meuble, on peut voir plusieurs maquettes de motos. Il reconnaît lui-même qu'il n'entretient pas vraiment son logement. Une résidente du quartier vient faire son ménage.

Pierre fait partie du groupe des habitants, avec les médecins, qui sont à l'origine du restaurant social « la Sama » dans le quartier. Il s'y rend presque chaque jour pour prendre le repas de midi.

Jean

Jean est âgé de 56 ans. Il habite dans le quartier de la Samaritaine depuis le mois de juillet 2000. Son logement actuel se situe juste en face de l'Antenne médicale. Avant de venir habiter sur la rue de la Samaritaine, il louait un petit appartement sur la place du Jeu de balle. Il a dû déménager suite à un différend avec son propriétaire. En arrivant dans le quartier, il a d'abord obtenu un logement social juste au-dessus de l'Antenne médicale. Mais, il a dû quitter la place à cause d'un problème d'humidité dans les murs : « Il y avait plein d'humidité dans le logement. Tout le mur était rongé par l'humidité ». Dans son nouveau logement, il ne connaît aucun plus problème. Le calme et la convivialité dans le quartier lui plaisent beaucoup.

Il va au restaurant [social] deux ou trois fois par semaine. Le reste du temps, il préfère manger seul à la maison. Il sort très rarement le soir parce que certains quartiers de Bruxelles sont peu sécuritaires. Quand il a besoin d'un conseil ou qu'il a reçu un papier, il demande l'aide de l'assistante sociale au Comité de la Samaritaine. S'il a un problème de santé, il va voir son médecin à l'Antenne médicale du quartier. Il se rend aussi à la librairie sur la rue Haute pour acheter son tabac, et des billets de loterie. Il se considère d'ailleurs comme un gros joueur. Jean consommait de l'alcool. Mais, en réponse à ses problèmes de santé, cela lui est déconseillé. D'ailleurs selon lui, l'origine première de tous ces maux, c'est la boisson. Il est conscient qu'il a beaucoup trop bu pendant beaucoup trop longtemps.

À la suite d'une opération chirurgicale, il touche une pension de handicapé. Avant cela, il a travaillé quelque temps comme ouvrier manuel dans une usine, comme chauffeur-livreur et comme déménageur.

Mariette

Personne très attachante, Mariette est âgée de 50 ans. Mariette est née à l'hôpital Saint-Pierre. Elle est mariée, mère de trois enfants et grand-mère. Tous ses enfants sont nés dans le quartier. Elle reçoit l'aide sociale pour elle et son mari : environ 730 € par mois.

Mariette a un parcours de vie marqué par de très nombreux déménagements : vente du logement qu'elle loue, changement de propriétaire... Juste avant de revenir habiter dans le quartier, elle louait un appartement à Saint-Gilles, une commune voisine. Le propriétaire a vendu la maison. Son mari voulait alors absolument revenir « là, où il est né ». Aujourd'hui, elle occupe le même logement depuis plus de cinq ans. Celui-ci est situé sur la rue de Samaritaine. Il s'agit d'un logement privé. Son loyer est de 330 €. Mais, son logement est insalubre. Il pleut dans son appartement. Il y a de la moisissure. Au début de notre rencontre, Mariette sera méfiante. En fait, elle ne veut surtout pas alerter les médias ou faire venir un inspecteur du bâtiment, car vu l'état de son logement elle se retrouverait dans la rue, sans logis. Mariette espère obtenir très rapidement un logement social.

Son attachement au quartier de la Samaritaine est particulièrement ambigu. Mariette est surtout revenue habiter dans le quartier pour répondre au désir de son mari. Cependant, elle semble particulièrement apprécier le soutien personnalisé apporté par l'assistante sociale du Comité de la Samaritaine dans toutes ses démarches d'écriture pour préserver ces droits. Elle se trouve dans une « situation » où elle n'a pas elle-même les ressources pour entreprendre ses démarches sans faire appel à une telle aide institutionnelle vu qu'elle est analphabète.

Elle ne fait aucune activité particulière dans le quartier en dehors d'une routine quotidienne : « Je fais mes courses. Je rentre ensuite à la maison. Je fais mon ménage et je reste à la maison. Je ne vais pas aller babeler²⁶ à gauche et à droite ici »

En dehors de petits problèmes de tension artérielle, elle est en bonne santé.

Monique

Monique a 50 ans. Elle habite dans le quartier de la Samaritaine depuis plus de vingt ans. Elle a déménagé à plusieurs reprises tout en restant dans le quartier : rue des Chandeliers, rue du Temple, rue de la Samaritaine. Elle s'est mise en ménage quelques

²⁶ Babeler (belgicisme) signifie bavarder, papoter.

années avec une personne qui habitait dans le quartier de Molenbeek. Mais, elle a toujours conservé un pied-à-terre dans le coin pour continuer de recevoir à l'époque ses allocations de chômage. Au décès de son conjoint, elle est revenue vivre dans le quartier avec son fils. Aujourd'hui, elle occupe un petit appartement social toute seule sur la rue de la Samaritaine.

Son fils a déménagé et elle a dépensé trop de sous pour l'aider. Elle n'a pas payé son loyer pendant plusieurs mois. Un tribunal l'a condamnée à rembourser progressivement les loyers en retard sans cela elle risque l'expulsion de son logement.

Monique a travaillé comme femme pour l'Hospice du Centre public d'aide social de la ville de Bruxelles sur la rue Blaes. Elle faisait parfois la cuisine, parfois le nettoyage. Cela lui plaisait. Mais à la suite de raisons de santé, elle a dû arrêter. Elle estime qu'à son âge, elle ne peut plus travailler. Elle gagne un peu d'argent supplémentaire en faisant du repassage, un peu de couture et la lessive. Elle se considère un peu comme la couturière du quartier.

Durant une partie importante de l'entrevue, elle parle de ces animaux : « Moi, mes animaux, c'est sacré. Chez moi, c'est vraiment sacré. Surtout mon caniche. Il y a quinze ans que je l'ai. » Elle a au total deux chiens, deux canaris et un chat. Cela lui permet de rompre un peu sa solitude et l'oblige à sortir de chez elle pour promener ses deux chiens. Sans cela, elle nous dit qu'elle resterait devant sa télévision. Elle nous parle également de certains résidents sur l'aide sociale, qui peuvent obtenir des médicaments à prix réduit et les revendent ensuite.

Quand elle doit voir un médecin, elle va toujours à l'Antenne médicale, car on peut venir avec son chien, alors que c'est interdit à la Maison médicale. Elle ne va jamais au restaurant social du quartier, car les animaux sont interdits. Elle ne se déplace pas au petit Parc de la Porte Rouge, car il est interdit pour les chiens.

Lorsque Monique nous parle du quartier, elle insiste sur les divers bistrots qu'il y avait dans le quartier. Elle consomme beaucoup de bière. D'ailleurs, à la fin de l'entrevue, elle fait visiter son appartement et nous montre une armoire pleine de bouteilles de bière. Elle fume aussi plus d'un paquet de cigarettes par jour pour rester calme.

Nicole

Depuis plus de six ans, Nicole habite dans un logement social qui se situe dans une petite impasse donnant sur la rue de la Samaritaine. Elle est née dans le quartier des

Marolles à l'hôpital Saint-Pierre et a toujours vécu dans le quartier, sauf durant une période de trois ans où elle a emménagé avec son mari à Sint-Pieters-Leeuw. Mais, « là-bas, il n'y avait pas de liens entre les gens », nous dit-elle. Aujourd'hui, elle vit seule avec son fils. Elle reçoit l'aide sociale tout en travaillant quelques heures par semaine avec un contrat de l'Agence locale pour l'emploi²⁷. Elle nettoie les locaux du Comité de la Samaritaine dans le quartier. Sinon, elle occupe en entretenant de son logement, en faisant ses commissions, en regardant la télévision et en venant parfois donner une aide bénévole à la cuisine du restaurant social.

Nicole souffre d'asthme. Son logement très humide, mais aussi la cigarette, semblent en être les causes. Quand elle a un problème de santé, elle vient toujours voir le même médecin à l'antenne médicale sur la rue de la Samaritaine. Les consultations médicales sont gratuites parce qu'elle reçoit l'aide sociale.

Ginette

Ginette vit seule. Elle habite sur la rue de la Samaritaine, à proximité du restaurant social. Cela fera cinq ans qu'elle occupe le même logement. C'est un logement social qui appartient à la Ville de Bruxelles. En attendant d'obtenir son logement actuel, elle a habité plusieurs mois dans une maison d'accueil²⁸.

Le quartier ne lui plaît pas trop. La proximité des logements et des personnes la dérange. Elle ne participe à aucune activité dans le quartier. Dès qu'elle sort de chez elle, elle quitte le quartier. Elle part se promener avec son chien et rentre ensuite chez elle pour se faire à manger. Avant, Ginette allait de temps en temps boire un petit verre au café « Chez Jeannine ». Le café étant fermé, elle va parfois dans un petit café sur la rue Haute. Mais depuis qu'elle a son chien, elle y va moins souvent.

Elle a eu un parcours professionnel comme aide-cuisinière et aide-soignante. Pour diverses raisons de santé (tuberculose), elle n'a pas pu continuer son travail. Elle souffre de diverses allergies et est asthmatique. Ginette souligne qu'elle est déçue de ne plus

²⁷ Les Agences locales pour l'emploi (ALE) poursuivent plusieurs objectifs, dont celui d'offrir aux personnes qui sont depuis longtemps en dehors du circuit du travail, la chance d'être à nouveau actives, de sortir de l'isolement et aussi d'augmenter leurs revenus. Les emplois proposés sont de quelques heures par semaine et concernent des petites activités, qui en raison de leur faible importance, ne sont pas rencontrées par les circuits réguliers du travail.

²⁸ Les Maisons d'accueil servent de lieu de transition pour les personnes défavorisées adultes. On les aide à se (re)construire un projet de vie autonome et à se réinsérer progressivement dans la société.

pouvoir travailler : « Ça, m'a vraiment découragé parce que j'aimais bien ce que je faisais. Je trouvais que je faisais un beau métier ».

Elle reçoit actuellement 625 € par mois de l'aide sociale.

Gérard

Gérard est âgé de 48 ans. Il habite dans le quartier des Marolles depuis 1997. Il vit seul. Il est sur la mutuelle²⁹ et reçoit environ 820 € par mois. Son logement se trouve sur la rue de la Samaritaine, presque en face du restaurant social. C'était un ancien café abandonné qui a été détruit. La Ville a alors construit le petit immeuble de deux étages dans lequel il habite actuellement. Depuis son arrivée dans le quartier, il n'a jamais déménagé.

Gérard participe aux diverses activités organisées par le Comité de la Samaritaine : sorties, soirées pétanque, etc. Il y a quelques années, il y a fait du théâtre avec d'autres habitants du quartier. La pièce s'intitulait « La rue d'à côté » et racontait la vie du quartier. Pour lui, c'était une manière de briser sa solitude. Aujourd'hui, quand il se sent déprimé, il vient rencontrer l'assistance sociale juste pour converser avec quelqu'un. Celle-ci occupe une place centrale dans son quotidien. Il nous dira qu'elle remplit tous ses papiers administratifs, qu'elle le conseille, qu'elle l'aide à planifier ses activités. Gérard fait parfois du travail bénévole pour le Comité de la Samaritaine comme distribuer des prospectus dans les boîtes aux lettres. Aussi, il va parfois promener le chien d'un ami.

Gérard ne cuisine jamais. À midi, il mange au restaurant social du quartier et le soir il se rend à une autre place où on paie seulement 3 € pour le repas. Gérard fume beaucoup. Il a participé à des rencontres à la Maison médicale pour s'informer sur le tabagisme. Il reconnaît qu'il dépense beaucoup d'argent en tabac. Dans le passé, il consommait aussi beaucoup d'alcool. Les Alcooliques anonymes l'ont aidé à arrêter.

Véronique

Véronique, âgée de 45 ans, est mère monoparentale. Elle a travaillé quelque temps dans l'Horeca³⁰. Elle a un passé marqué par de la violence conjugale et l'alcoolisme. Elle

²⁹ Il s'agit d'indemnité pour incapacité de travail.

³⁰ Horeca est le sigle du secteur d'activités de l'Hôtellerie, de la Restauration et des Cafés.

a suivi une thérapie pour arrêter sa consommation d'alcool et ainsi garder sa fille de 9 ans.

Véronique habite dans une des petites maisons de la Cité Ronsmann. En face de son logement, il y a une petite cour pour profiter du soleil l'été et pour permettre à sa fille de jouer. Cela fait environ dix ans qu'elle réside dans le quartier de la Samaritaine. Elle n'envisage aucun déménagement. Son seul revenu fixe depuis bientôt vingt ans est l'aide sociale (en ce moment, elle reçoit 830 € par mois). Mais, elle gagne un peu d'argent non déclaré en faisant des soupes qu'elle vend, ainsi que l'entretien ménager auprès d'un autre résident du quartier. Elle ne cherche pas à retourner sur le marché du travail, car son loyer augmenterait (elle paye actuellement 330 € par mois) et elle n'aurait pas accès à des services de santé gratuits. Aussi, en ayant pour seul revenu l'aide sociale, elle ne paye pas les repas chauds de sa fille à l'école, ni la garderie sur le temps midi. Elle a droit à un tarif social pour toutes les activités scolaires de sa fille comme les excursions de fin d'année. Elle ne sort pas trop souvent du quartier pour éviter de dépenser trop de sous. Elle ne fume pas ; elle ne boit plus ; elle n'a pas de GSM [cellulaire]. Depuis maintenant quatre ans, elle part en vacances, tout en étant sous l'aide sociale.

Véronique ne participe pas aux activités du quartier. Elle considère que beaucoup de personnes dans le quartier tiennent des propos médisants à son égard. Pour elle, les actions entreprises pour améliorer la vie dans le quartier ne servent à rien. Ceci dit, elle va voir occasionnellement l'assistante sociale du Comité de la Samaritaine pour certaines de ses démarches. Elle se rend également souvent à l'Antenne médicale pour parler avec son docteur qui lui offre une écoute attentive.

Comme pour le quartier Pointe-Saint-Charles, on observe que ces personnes ont connu plusieurs « cassures » dans leur parcours de vie. La population est très fragilisée. Nous noterons que sept des personnes rencontrées vivent actuellement seules. Toutes les personnes utilisent les services de l'Antenne médicale. Certaines s'y déplacent plutôt en vue de « partager leurs difficultés » du moment que pour une raison médicale précise. La salle d'attente semble être un lieu de rencontre. La plupart des personnes font également appel au service de l'assistante sociale du Comité de la Samaritaine pour obtenir une aide socio-administrative, pour préparer un projet comme partir en vacances,

pour simplement être écoutées et soutenues dans leurs démarches, etc. La moitié des personnes fréquentent de façon régulière le restaurant social dans le quartier

4.3 Des préoccupations communes

Le territoire urbain des villes comme celles de Montréal ou de Bruxelles connaît un découpage spatial qui, le plus souvent, reprend la configuration d'anciens lieux-dits, anciens faubourgs qui ont su conserver leur nom au fil du temps (Morin, 2003). Ces unités qu'on appelle quartiers se distinguent donc par leur historicité, mais aussi par des frontières physiques, naturelles ou créées par l'activité de l'homme. Tant le quartier Pointe-Saint-Charles que celui de la Samaritaine en sont de beaux exemples. Il s'agit de deux quartiers à l'image d'un village dans une grande ville.

Cependant, la configuration territoriale des deux quartiers n'est pas identique. Le quartier de la Samaritaine proche du centre-ville de Bruxelles est très dense. Il se réduit à quelques rues. Les maisons de briques, aménagées en petits appartements, s'alignent sur des rues étroites, aux allures moyenâgeuses. Elles délimitent des îlots très denses, percés de quelques petites cours. Cette densité de population résidentielle dans un petit espace amène des enjeux sociaux et environnementaux particuliers : usage de l'espace public, bruit, qualité de l'air, fermeture visuelle, etc. Par contre, le quartier Pointe-Saint-Charles est beaucoup plus vaste et plus aéré. La trame urbaine dominante présente des constructions peu élevées le long d'un réseau de rues relativement larges et arborées. La plupart des bâtiments ont en arrière un espace consacré à une cour, un jardin ou une ruelle. Plusieurs parcs publics agrémentent le quartier. Comme nous pouvons le constater, la forme urbaine et la structure spatiale de nos deux quartiers sont différentes.

Le marquage du quartier peut également différer dans la manière dont la population perçoit le territoire et dans la manière dont elle le vit. Ce dernier peut en effet avoir des contours différents de ceux définis par l'administration. Le quartier Pointe-Saint-Charles est clairement circonscrit par des limites géographiques naturelles (fleuve) et humaines (canal et autoroutes). Il est reconnu par la volonté publique. Au contraire, le quartier de la Samaritaine n'a pas cette reconnaissance officielle. Le quartier correspond davantage

à un territoire vécu et approprié, à un espace social comme source de la construction d'une identité. Il s'agit de quelques rues dans le grand quartier des Marolles. Mais au-delà de cette différence, les habitants tant dans Pointe-Saint-Charles que dans le quartier de la Samaritaine affirment clairement leurs sentiments d'appartenance à leur territoire.

Il est intéressant de souligner que cette notion de géographie de quartier même implicite est habituellement reprise pour délimiter le périmètre d'intervention de la plupart des organismes ou programmes socio-communautaires (Morin, 2003) comme les activités développées par le Comité de la Samaritaine, le programme éco-quartier à Pointe-Saint-Charles, mais aussi des structures de santé telles que l'Antenne médicale dans la rue de la Samaritaine ou encore la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Cette « territorialisation » des services reflète le souci d'être au plus proche des préoccupations des personnes, de régler les difficultés socio-écologiques au plus près du lieu où elles se rencontrent, de permettre une meilleure offre de service, d'optimiser les ressources disponibles et de lutter contre les inégalités.

Le quartier Pointe-Saint-Charles comme celui de la Samaritaine concentre une population très dépendante de l'aide sociale. Par ailleurs, si nous observons ces deux quartiers, nous constatons que les résidents semblent profondément attachés au lieu. Cela s'explique probablement parce que la population est particulièrement stable (van Steenberghe, 2005).

Les deux quartiers connaissent des problématiques environnementales importantes. À titre d'exemple, le quartier Pointe-Saint-Charles est entre autres confronté à la contamination de nombreux terrains par les déchets de son passé industriel, aux bruits, à la mauvaise qualité de l'air. Dans le quartier de la Samaritaine, la proximité de la nappe phréatique entraîne des problèmes importants d'humidité dans les habitations.

Aussi, dans les deux quartiers, les données en matière de santé montrent également un taux important de maladies respiratoires comme l'asthme et le cancer du poumon, ou de maladies cardiovasculaires (Paré, 2002 ; Direction de la santé publique de Montréal,

1998). L'espérance de vie en santé est plus faible dans ces deux quartiers que la moyenne.

Les quartiers urbains de La Samaritaine (Bruxelles, Belgique) et de Pointe-Saint-Charles (Montréal, Québec) constituent donc chacun un espace vécu, un milieu de vie partagée, un espace de pensée et d'agir, dans lesquels les habitants se reconnaissent. Le territoire est alors appréhendé comme un espace porteur de sens : l'*entre-nous*. Il ne s'agit pas ici d'un repli sur un « nous » collectif, mais plutôt d'un « nous » qui reflète l'attachement au(x) lieu(x) et les liens sociaux qui s'y créent (van Steenberghe, 2005).

CHAPITRE V

RÉSULTATS ET ÉLÉMENTS DE DISCUSSION

Nous vivons dans l'espace, dans ces espaces, dans ces villes, dans ces campagnes, dans ces couloirs, dans ces jardins. Cela nous semble évident. Peut-être cela devrait-il être effectivement évident. Mais cela n'est pas évident, cela ne va pas de soi. [...] Vivre, c'est passer d'un espace à l'autre en essayant le plus possible de ne pas se cogner.

[Georges Perec, *Espèces d'espaces*, 1974/2000, p.14]

Tel que signalé, cette recherche qualitative s'ancre dans deux quartiers : le quartier Pointe-Saint-Charles à Montréal et le quartier La Samaritaine (les Marolles) à Bruxelles. Dans chacun de ces territoires, nous avons pris contact avec diverses organisations³¹ et créé des contacts stratégiques pour avoir accès à notre public cible. Nous avons mené des entrevues individuelles auprès de dix adultes et organisé également une entrevue de groupe de façon à cerner les principaux éléments représentationnels de la santé, de l'environnement et des liens entre ces deux pôles d'interaction personnelle et sociale chez ses personnes. Il s'agit d'une recherche exploratoire qui prend en compte la spécificité de chaque quartier. Rappelons que nous ne nous inscrivons pas dans une démarche comparative. Nous nous intéressons à explorer l'univers phénoménologique de populations étudiées, qui partagent la caractéristique de vivre en milieu urbain défavorisé. Nous ne cherchons pas à généraliser les résultats de notre étude, mais nous tentons de mettre au jour et de caractériser diverses façons d'appréhender les rapports à la santé et à l'environnement au sein des populations étudiées en vue de développer des stratégies d'intervention en promotion de la santé et en éducation relative à la santé environnementale mieux appropriées à ces contextes et à des contextes semblables.

Ce chapitre présente séparément les résultats pour chaque quartier dans lesquels nous avons ancré notre collecte de données. La présentation des résultats est faite de façon

³¹ Principales organisations contactées : (1) dans le quartier de Pointe-Saint-Charles : la Clinique communautaire, la Maison du partage d'Youville, le Carrefour d'éducation populaire et plus particulièrement le groupe « Alphabétisation », le Club des consommateurs, l'association « Madame prend congé », l'Éco-quartier ; (2) dans le quartier de la Samaritaine : la Maison médicale des Marolles, l'Antenne médicale de la Samaritaine, le Comité de la Samaritaine.

transversale, par thèmes, et permet ainsi de témoigner de la diversité et de la complexité du champ représentationnel étudié auprès des personnes rencontrées.

La répartition des principaux éléments de représentation par thèmes (quartier, environnement, logement, santé, santé et environnement) et par répondant est présentée dans plusieurs tableaux synthèses qui se trouvent en appendice de ce document (Appendice 5 et 6). La construction de ces tableaux s'inscrit dans une démarche heuristique.

A. LE QUARTIER POINTE-SAINT-CHARLES À MONTRÉAL

Dans la partie suivante, nous présentons les résultats de l'analyse transversale des données d'entrevue, par thème, pour l'ensemble des participants de Pointe-Saint-Charles. Notre plan d'analyse vise à identifier d'abord les éléments de discours chez chacun des répondants, puis à repérer les points de convergence et de divergence entre les champs représentationnels des répondants de chacun des deux quartiers d'une part et entre les éléments de représentation dominants des deux quartiers d'autre part. Notre analyse vise également à mettre au jour le spectre de diversité des éléments représentationnels au sein des populations abordées. Signalons que nous ne nous inscrivons pas dans une approche de type comparative en fonction de critères spécifiques (par exemple, hommes - femmes). Nous nous préoccupons par ailleurs de saisir les propos des répondants en les situant dans le contexte spécifique de chaque quartier. Les résultats de notre analyse sont appuyés par de larges extraits des entrevues des personnes elles-mêmes en entrevue individuelle. Les éléments du discours provenant de l'entrevue de groupe seront présentés de façon distincte. Au bilan, nous pouvons mettre en lumière le rapport que les personnes défavorisées entretiennent vis-à-vis de leur environnement de proximité, de la santé et des liens qu'elles établissent entre les deux, à travers leurs perceptions, leur compréhension des choses, leurs expériences, leurs préoccupations, leurs inquiétudes, leurs croyances et leurs valeurs.

5.1 L'environnement : un champ représentationnel

Nous avons approché l'environnement sous l'angle de la proximité et de la territorialité urbaine comme espace vécu. L'intérêt de cette approche est de rendre compte de l'articulation entre le registre des éléments idéologiques à l'égard du quartier d'une part et le registre des éléments psychosociaux de la perception environnementale en lien avec la santé. On peut donc se demander quels sont pour les personnes rencontrées, les éléments qui caractérisent leur quartier ? Cette question sert de point départ à toutes nos entrevues individuelles. Elle amène des éléments qui caractérisent l'environnement autant par ses aspects sociaux que par ses aspects bio-physiques et permet de comprendre les rapports que les personnes entretiennent non seulement aux différents aspects du cadre de vie du quartier, mais aussi aux interactions avec autrui.

Dans leurs discours, toutes les personnes rencontrées mettent prioritairement l'accent sur l'environnement comme lieu d'ancrage social et d'interactions humaines. À ce sujet, l'un de nos participants nous dit que « l'environnement, c'est tout ce qu'il y a dans le quartier. Ce sont les gens qui sont bons, avec qui je peux parler » (René). Les informations reçues par les personnes contiennent aussi un ensemble d'éléments subjectifs concernant l'atmosphère du quartier. Les caractéristiques écologiques de l'environnement sont évoquées dans un second temps.

5.1.1 Le quartier et sa dimension sociale

L'identité se construit dans le quartier et on perd un peu de son identité à vivre dans un quartier qui n'est pas le sien.

[Pinçon et Pinçon-Charlot, 1986, p. 61]

Le quartier de résidence peut être considéré comme un lieu privilégié de l'expérience et de l'échange social. Nous avons pu mettre en évidence deux catégories liées à la dimension identitaire. La première met en évidence « l'être pour soi », c'est-à-dire une identité qui amène l'individu à se définir dans son état actuel et personnel, et d'autre part « l'être pour les autres » qui conduit à interpréter et à se situer par rapport à autrui. Tout cela conduit au sentiment d'appartenance qui se traduit par l'expression « tissé serré » utilisée par un des participants lors de nos entrevues. La seconde catégorie aborde la

question de l'identité des lieux ou l'identité locale. Elle fait référence à un attachement plus structurel et s'enracine notamment dans les ressources communautaires du quartier. Comme nous le verrons plus loin, cette identité des lieux n'est pas indépendante de la première, elle participe à l'élaboration de l'identité pour soi. Elle a également une valeur opératoire qui se marque par le contrôle des transformations dans les aménagements du quartier. Cela se traduit dans le discours des personnes par : « Je trouve dommage qu'ils veulent changer plein d'affaires dans le quartier. Cela devrait rester de même » (René).

5.1.1.1 Le quartier comme lieu d'ancrage du « soi et des autres »

Tel que signalé, la dimension sociale de l'environnement domine très largement le discours des personnes que nous avons rencontrées. Notre analyse met en évidence une identité sociale qui se marque par un sentiment d'appartenance à la communauté, à la collectivité.

Comme nous pouvons le constater ci-dessous, cette appartenance n'est pas le fait de se « trouver avec ou dans » un groupe puisqu'on pourrait s'y retrouver sans le vouloir ; elle implique entre autres une identification personnelle par référence sociale, un sentiment de solidarité entre les individus, une sorte de considération sympathique et empathique dans la précarité. Le niveau des revenus détermine d'abord ce sentiment d'appartenance.

On est tous sur le même point à Pointe-Saint-Charles. Il n'y a pas de portes closes. C'est comme ça à Pointe-Saint-Charles. C'est ça que j'aime ici. C'est qu'il n'y a pas de différence. Tu n'as pas des places où les gens avec plus d'argent que toi le crachent par-dessus la tête. Ici, tout le monde est sur le même point. Tout le monde est soit monoparental, soit sur l'aide sociale, soit est pensionné.
(Gilles)

Ce sentiment d'appartenance passe par la similitude de conditions sociales perçue ou déclarée. La personne s'emploie à chercher des indices susceptibles de lui servir de point de repère, à partir desquels elle peut se positionner. Cette notion de ressemblance semble être largement partagée et occuper une place dominante dans le discours de toutes les personnes que nous avons rencontrées. Mais, elle va au-delà de la simple

appartenance à une catégorie sociale qui n'est que le reflet des relations structurales qui rassemblent les individus. Cette notion de ressemblance résulte d'une prise de conscience : la conscience d'appartenir à un groupe social ainsi que la valeur et la signification émotionnelle attachée à cette appartenance. C'est une incorporation du social et de l'individuel qui repose sur deux processus d'identification : l'identification par autrui au sens de « se faire reconnaître » et l'identification par soi au sens de « se reconnaître » dans un groupe. Le terme « complicité » mentionné par un autre répondant en témoigne.

Ici, le monde ne te regarde pas bizarrement. Le monde se parle. [...] Les gens ici se ressemblent un peu. Il y a beaucoup de complicité entre les gens du quartier, et moi avec d'autres personnes dans le quartier. (Marie-Josée)

D'autres personnes abondent dans le même sens :

Je ne connais pas grand quartiers comme celui-ci. Je dirais pour prendre une expression québécoise, c'est « tissé-serré ». Sans vraiment se connaître, on est tous ensemble. [...] Le fait que ce soit « tissé-serré » est le reflet d'un sentiment d'appartenance. (Michel)

Cette identité est donc construite dans un processus d'identification - et donc de différenciation - qui amène à reconnaître une entité relativement stable. Comme nous pouvons le constater, elle semble faire largement référence à la similitude sociale et aussi à une certaine satisfaction d'« être ensemble ». Cette conception semble empreinte d'un certain communautarisme, amenant une sorte de repli identitaire centré sur le groupe social. Comme Joyce et Huissoud (1996) le mentionnent, la composition sociale de la population d'un quartier peut jouer un rôle majeur dans l'image du quartier. Le quartier est alors avant tout caractérisé par référence à la population avant de faire référence à des éléments bio-physiques ou encore à la structure du bâti.

Plusieurs personnes comparent le quartier à un petit village, une communauté où tout le monde se connaît.

Ce qui est bien aussi, c'est... Comment est-ce que je pourrais te dire cela... C'est la facilité avec les gens, avec certaines personnes. C'est le contact avec les gens. C'est comme un petit village ici. Il y a vraiment une dimension de communauté. [...] Cela ressemble probablement à la Belgique, je m'imagine. C'est petit la Belgique. Mais je ne sais pas, car je ne suis jamais allée là-bas. J'en entends parler par les artistes et des choses. (Lise)

J'aime bien Pointe-Saint-Charles. Il y a quelque chose à Pointe-Saint-Charles qu'on ne retrouve pas dans les autres quartiers. Il y a de la solidarité ici. En fait, c'est resté un peu comme un village. Tout le monde se connaît. Tout le monde parle à tout le monde. (Marie-Josée)

Comme nous l'avons signalé précédemment, si la similitude des conditions sociales entre les personnes semble déterminer une partie de l'identité, nous pouvons constater que les personnes accordent une importance à la socialité. Nous pouvons parler de réseaux sociaux entre les personnes qui nous amènent à « penser » la dynamique de vie dans le quartier aussi en termes de relations. Celle-ci se traduit dans les termes : « on se connaît », « on se parle », « on s'entraide », « on est généreux ». Tout cela fait sans doute partie du processus de co-constitution de ce sentiment d'appartenance à cet environnement social partagé.

Le monde se sent solidaire ici. (Marie-Josée)

Ici, le monde s'aide pas mal. [...] En général, c'est un quartier qui est pas mal pour cela. (Gilles)

Je connais pas mal de monde dans le quartier et tout. S'il m'arrive n'importe quoi dans le quartier, d'office il y a quelqu'un qui me connaît. Ou alors, si quelqu'un a un problème, moi je vais arriver pour lui donner un coup de main. Si une personne tombe malade, il y a quelqu'un qui va venir la ramasser. Tu sais, ici dans le quartier, on est du monde qui se donne des coups de main les uns les autres. Disons que c'est ça. (René)

Mentionnons au passage qu'une personne qui vit seule évoque aussi la nécessité d'aller à la rencontre des autres pour parler :

Je ne suis pas capable de rester tout seul. Il faut que j'aille visiter le monde. J'adore ça. J'adore jaser avec tout le monde un peu comme maintenant. C'est ça. J'aime jaser avec le monde. (Normand)

Cette notion d'identité sociale, qui se traduit entre autres par le sentiment d'appartenance, est perçue comme centrale, voire fédératrice. Elle désigne ce qui rassemble, mais aussi ce qui distingue. Plusieurs personnes mentionnent une évolution dans la démographie du quartier, en faisant entre autres référence à la présence de nombreuses communautés culturelles et cela, même si la proportion des immigrants est relativement faible si on la compare à celle enregistrée sur l'île de Montréal (Agence des services de santé et de services sociaux, 2004).

Il y a beaucoup plus d'immigrants, beaucoup plus de différentes - je ne sais pas comment te le dire - personnes. (Françoise)

Je ne suis pas raciste. Mais, je trouve qu'il y a plein d'Africains. Il y a plein de noirs. Mais, cela ne me dérange pas. (Michel)

Je vais te dire une affaire. On perd le contrôle du quartier. Ils ne devraient pas enlever complètement les gens du quartier. Il y a trop de groupes. (René)

Lorsque le territoire collectif est menacé, l'identité aussi est menacée (Blanc-Pamard et Quinty-Bourgeois, 1999). Le sentiment d'appartenance affiche une position plus « défensive » qui s'exprime par la peur de « perdre le contrôle du quartier ». Il s'agit d'un enjeu identitaire qui semble lié à la cohésion du groupe. Le phénomène de gentrification et de re-développement urbain dans le quartier sont aussi identifiés comme des facteurs de changements majeurs. Nous constatons que l'habitation joue ici un rôle de marqueur social qui étaye les représentations que l'on a de sa position sociale.

Il y a des condos³² qui s'installent et c'est un nouveau genre de personnes qui commencent à habiter dans le quartier. (Marie-Josée)

Au début, quand je suis arrivé sur la rue Châteauguay, c'était aux trois quarts des habitations à prix modique. Et maintenant, c'est plutôt rendu aux trois quarts des habitations de luxe. Il y a de plus en plus de gens riches. Ce qui fait que quand tu ouvres ta fenêtre, tu te dis que tu n'as même pas d'argent pour t'acheter une trottinette alors que la personne en face de chez toi est capable de s'acheter une grosse Mercedes. (Jacques)

On n'a pas à faire à nous enlever notre quartier parce que les gens sont riches. Ces gens s'installent tout le long du canal et du côté du marché Atwater. De ce côté-là, il y a plein de nouveaux logements. Ces gens-là, ils veulent prendre nos places. Nous, on fait partie des gens qui ont créé ce quartier. (Michel)

Nous pourrions saisir le caractère paradoxal du discours quand les personnes nous disent : « Nous sommes tous pareils ». Mais, ce serait oublier que l'identité des personnes s'éprouve et se manifeste en fonction des contextes et se construit au travers des traits communs et des traits différenciateurs (Chevallier et Morel, 1985). Ainsi, en s'identifiant en tant que membre d'un groupe, les personnes peuvent se positionner (et positionner autrui) à l'intérieur d'un ensemble social, ce qui amène à opérer des mises en comparaison entre le soi et les autres. Le quartier Pointe-Saint-Charles semble ainsi

³² Terme utilisé au Québec pour désigner un appartement en copropriété.

être composé de deux « nous » s'excluant mutuellement. Nous pourrions ainsi parler d'endogroupe pour les personnes défavorisées du quartier Pointe-Saint-Charles comme groupe positivement différencié ou distinct des autres groupes (exogroupes). La coexistence distincte de plusieurs groupes sociaux semble aboutir à une compétition intergroupe, productrice de préjugés et de stéréotypes.

Un autre élément important que nous pouvons observer, est l'historicité individuelle et/ou familiale. La plupart des personnes rencontrées sont nées à Pointe-Saint-Charles ou bien elles ont de la famille dans le quartier. Dès lors, la relation au quartier dans sa dimension d'identité sociale est au-delà du présent, tributaire de son passé et de son futur : « mes racines sont ici », « mes souvenirs sont ici », « ma vie est ici », « c'est mon quartier ». Cet enracinement local se développe selon une dimension temporelle, selon l'histoire de chaque personne rencontrée. On pourrait parler du quartier comme lieu d'origine.

Je suis née ici et j'ai toujours vécu ici. [...] Mes racines sont ici. Tu as toujours un pied d'attache. Même si cela a changé, la maison où je suis née est encore là. [...] Mon attachement au quartier : oui. Mes racines et mes bons souvenirs sont là. (Françoise)

Moi, ce qui fait que j'habite à Pointe-Saint-Charles, c'est que mes parents viennent d'ici. C'est pour cela que je suis revenu dans le quartier ici. J'aime bien ici. (Michel)

Nous noterons au passage que pour plusieurs auteurs (Maison et Ortalda, 1998 ; Dandurand et Quellette, 1994), la parenté ne se répartit pas aléatoirement sur le territoire. Les individus d'une même famille défavorisée ont ainsi tendance à se regrouper au sein d'une même région, d'une même ville, voire d'un même quartier.

Quelques personnes entretiennent aussi un rapport étroit avec le territoire. Elles décrivent comme une fierté de résider dans le quartier.

Je ne partirai jamais de mon quartier. À tout le monde que je vois, je n'ai pas peur de dire que j'habite dans le quartier Pointe-Saint-Charles. C'est ma fierté Pointe-Saint-Charles [...] J'ai toujours vécu ici. Je suis venue au monde dans le quartier. Je ne serais pas capable de partir pour m'en aller vivre dans un autre quartier. C'est ma place. C'est comme si ma vie est ici. (Sylvie)

Le discours des personnes semble rejoindre certaines études mentionnées par Morval (2007, 1981) qui montrent que les personnes natives d'un lieu y trouvent facilement des agréments. Elles auraient une connaissance plus riche et plus individualisée de leur quartier. En fait, dès la naissance, le lieu de résidence est singulièrement investi et demeure un point d'ancrage des souvenirs (Morval, 2007). Dans le même sens, Joyce et Huissoud (1996) ont mis en évidence dans leurs travaux que l'attachement au lieu était fonction de la durée de résidence.

Le quartier Pointe-Saint-Charles dans son entité socio-spatiale semble correspondre à la base du sentiment d'appartenance. Les connexions entre le quartier et l'identité sont souvent en partie liées à l'histoire individuelle et collective. D'ailleurs, la plupart des recherches sur l'identité montrent que se définir par rapport à un lieu c'est surtout faire référence à une manière d'être au monde et aux autres, à un patrimoine culturel produit d'une histoire et d'expériences de la vie quotidienne (Chevalier et Morel, 1985).

Nous noterons au passage qu'un des participants à nos entrevues individuelles exprime également le besoin de sentir qu'il est possible de construire, créer ou mettre en oeuvre ensemble des projets qui puissent servir la collectivité. Le quartier est alors présenté comme un lieu de projet qui rassemble les personnes.

C'est sûr et certain que j'ai besoin d'un quartier où les gens se tiennent ; [...] un quartier où les gens se mettent ensemble et veulent changer les choses.
(Jacques)

Dans tous les cas, le fait de se sentir bien dans le quartier est largement exprimé par les participants. Le quartier Pointe-Saint-Charles est bien le ciment d'une construction identitaire.

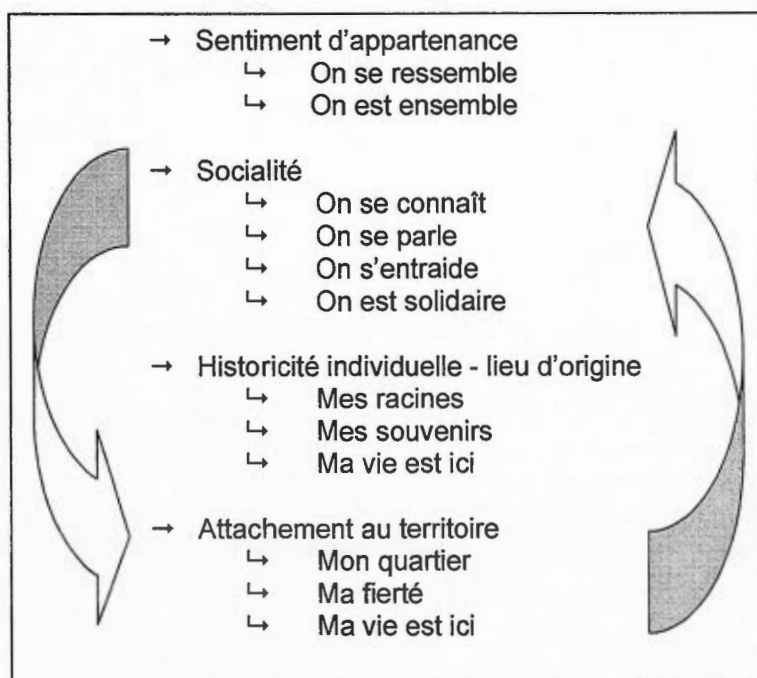
Au regard des éléments importants du discours des personnes, nous pouvons constater une perspective « trialectique » qui établit une relation indissociable entre la socialité, l'historicité individuelle et familiale, ainsi que l'attachement au territoire quartier qui se traduit par « mon quartier - mes racines ».

Cet ancrage identitaire du « soi et des autres » est exprimé dans le discours des personnes que nous avons rencontrées par des « déterminants » comme les caractéristiques psychosociales, par des éléments reflétant la « nature » comme la

dynamique interpersonnelle ou encore par les « conséquences » comme la satisfaction. L'encadré 1 synthétise les différentes catégories et sous-catégories principales des éléments représentationnels de l'environnement social que nous avons mises en évidence dans notre processus d'analyse de contenu.

Rappelons que notre recherche a pour objet les représentations sociales. La configuration de notre groupe d'étude nous permet de dire qu'on aura bien une construction représentationnelle de type sociale en ce qui a trait à la santé, à l'environnement et aux liens entre les deux. Nous avons notamment mis en évidence que l'interdépendance des personnes est importante. On parlera de groupe social considérant que les personnes sont en interactions régulières, communiquent entre elles et occupent une position commune (Moliner et coll., 2002). Par ailleurs, ce groupe social est confronté à un enjeu de nature identitaire marqué notamment par une gentrification progressive du quartier et la présence de nouvelles communautés culturelles. Nous verrons plus loin qu'il existe également un défi environnemental et sanitaire. Tout cela amène les individus à développer un discours semblable mettant en lumière à la fois une structure affective et cognitive pour préserver l'unité du groupe.

Encadré 1 - Le quartier : ancrage d'une identité partagée



5.1.1.2 Le quartier : des ressources pour la communauté

Dans la mesure où le quartier de résidence peut être considéré comme un ensemble de lieux privilégiant l'expérience et l'échange social, il est clair que l'identité pour soi comme l'identité pour les autres se forment en partie dans ce cadre-là. En analysant le discours des personnes rencontrées, nous pouvons constater l'importance du territoire communautaire. Ce territoire regroupe des lieux de vie utilisés par les personnes comme les organisations communautaires, mais aussi l'ensemble des services et commodités du quartier. Il est comme la trame d'un réseau d'usages.

L'environnement social fait référence aux lieux de regroupement et lieux d'implication. Dans ce cas, il recouvre le milieu de vie et le cadre institutionnel local. Il est objectivé dans la vie du quartier à travers les formes de consommation ainsi que l'utilisation des organisations communautaires qui deviennent des agents actifs du processus identitaire et aussi d'une forme d'engagement social. Nos répondants mentionnent toute l'importance de ces organisations communautaires dont l'usage est souvent lié à leurs « revenus limités ». Leur environnement, c'est l'ensemble des services auxquels ils ont accès.

Pour moi, l'environnement, c'est tous les services. Oui, c'est tous les services que l'on peut avoir dans le quartier. Pour moi, ce qui est très important dans l'environnement, ce sont les services communautaires qu'on a. C'est bien important surtout pour le monde du quartier. Il y a tellement de monde qui a dur à vivre. (Gilles)

Ici dans le quartier Pointe-Saint-Charles, il y a beaucoup de ressources pour les gens comme moi qui ont des revenus limités. (Michel)

Comme nous pouvons le constater, les personnes rencontrées dans le cadre de nos entrevues individuelles et de groupe, se représentent l'environnement du quartier en faisant prioritairement référence aux services communautaires. Ceux-ci sont largement reconnus et investis par les personnes.

Dans le quartier Pointe-Saint-Charles, on a beaucoup de groupes communautaires en comparaison avec d'autres quartiers de la ville. [...] Tu sais ici pour les gens qui sont seuls maintenant, il y a toujours une place où tu peux aller jaser. (Sylvie)

Ce qui me plaît c'est le nombre d'organisations qu'il y a ici à Pointe-Saint-Charles. Il y a la clinique ; il y a ici le Carrefour d'éducation populaire ; il y a la Sint Columba House ; il y a « Madame prend congé ». Il y a beaucoup plus d'organisations ici à Pointe-Saint-Charles que dans les autres quartiers. Du moins, moi je vois plus d'organisations ici qu'ailleurs. (Marie-Josée)

C'est vraiment un quartier tranquille et on a bien de l'aide de différentes organisations. En général, je trouve cela bien. On n'a pas à se plaindre. (Gilles)

On constate que les termes « services », « ressources », « organismes » et « groupes communautaires » sont utilisés indifféremment par nos répondants.

Parmi les organisations communautaires mentionnées, **les banques alimentaires** occupent cependant une place centrale dans le discours des personnes. Les personnes en parlent spontanément. On constate ainsi à quel point elles répondent à un besoin élémentaire en matière d'alimentation. Les personnes défavorisées sont incapables d'acheter des aliments ; elles ne peuvent « survivre » une fois les charges fixes déduites du revenu de soutien qui leur est versé. Les contraintes financières se révèlent donc comme une sorte d'indicateur de l'insécurité alimentaire. Toutes les personnes rencontrées utilisent régulièrement ou occasionnellement ce service. Les expressions « aide alimentaire », « faire mon épicerie », « donner de la nourriture » sont mentionnées par les personnes. Ces différentes expressions utilisées par les personnes rencontrées lors de nos entrevues individuelles pourraient nous amener à envisager différents profils³³. Mais, dans leurs discours, les personnes ne semblent pas faire de différence terminologique. Elles parlent aussi bien de recevoir une aide alimentaire que de faire leur épicerie en ayant recours aux services des banques alimentaires du quartier.

La présence de tous ces organismes dans le coin ici, ça aide pas mal. Et je peux te dire que l'aide alimentaire c'est quelque chose de très important parce que si on n'avait pas cela on la trouverait dure en maudit. Avec le chèque qu'on a de l'aide sociale, c'est bien beau, mais après avoir payé tous tes comptes, il ne reste pas gros. (Marc)

³³ Selon les discours des différentes personnes rencontrées dans le quartier de Pointe-Saint-Charles, nous pourrions être tentés d'identifier trois profils de consommation alimentaire : la dépendance alimentaire, l'assistance par l'aide alimentaire et le soutien par l'aide alimentaire. Ces trois profils correspondraient à la part croissante des services d'aide alimentaire dans l'alimentation générale. L'appartenance à l'un ou l'autre de ces profils s'appuierait entre autres sur la fréquentation de lieu comme les banques alimentaires et/ou le restaurant social.

Nous noterons au passage que la sécurité alimentaire³⁴ est un enjeu identifié par plusieurs organismes communautaires dans le quartier. Le développement de jardins communautaires et/ou collectifs tend à faciliter l'accès à des aliments « sains » et à augmenter les habitudes alimentaires saines auprès des personnes inscrites dans ce projet. Nous constatons que nos répondants, même s'ils connaissent ces initiatives et les encouragent, ne s'engagent pas dans ce projet pour diverses raisons déclarées : le peu d'intérêt, des problèmes de santé, la chaleur estivale, etc. Nous pourrions qualifier cette réticence à participer dans un tel projet d'a-motivation.

Beaucoup de gens ne peuvent pas se payer des légumes frais parce que c'est trop cher. Alors, moi, je trouve qu'il faudrait beaucoup plus de jardins communautaires que ce qu'il y a maintenant. Et puis, je les rendrais disponibles pour les gens qui n'ont pas beaucoup d'argent, qui veulent vraiment s'impliquer là-dedans, qui aiment cela. Oui, il faudrait beaucoup de jardins communautaires. Mais pas pour moi ! Je n'aime pas jardiner. [...] Je n'aime pas bien ça mettre les mains dans la terre. (Sylvie)

Les jardins communautaires, c'est beau. Il y en a un proche de chez moi. Mais, je n'ai pas besoin de jardin communautaire. D'abord, je mange pour seulement un dollar [au restaurant social Sint Columbia House]. Ensuite, aller jardiner cela prend du temps et demande de la santé. Puis aller dans le jardin quand c'est la canicule, moi je préfère rester chez moi, à l'air climatisé. (Michel)

Un jardin communautaire, je ne suis pas capable. Ma santé ne me le permet pas. Je ne peux pas me pencher pour planter et nettoyer le jardin. (Françoise)

Nous pouvons mettre en évidence une double tension. D'une part, l'absence de pratique au sein des jardins communautaires fait référence à une composante affective. D'autre part, l'importance de ces mêmes jardins communautaires dans le discours des personnes renvoie à une dimension plus évaluative, plus cognitive.

L'usage des banques alimentaires à des populations ciblées par leur manque de revenus semble s'inscrire dans le « paradoxe de la cible » pour reprendre l'expression de Joubert (1996) qui organise de la ségrégation pour renforcer le lien social. En effet, comme l'expriment deux répondants, se retrouver à devoir « quêter de la nourriture » et

³⁴ La sécurité alimentaire est un concept général, englobant des questions liées à la nature, à la qualité et à la sécurité de l'approvisionnement alimentaire, de même que des questions liées à l'accès à la nourriture. L'insécurité alimentaire des ménages est désormais reconnue comme un problème de santé publique au Canada, également comme un problème social grave (Tarasuk, 2001).

être confrontés au regard des autres constituent certainement les plus grands obstacles individuels à franchir pour accéder à l'aide alimentaire.

Quand j'ai eu beaucoup de misère, j'allais à la Maison du partage. J'arrivais là et j'avais les larmes aux yeux. Je ne me croyais pas être descendue aussi bas que ça. Me sentir aussi humiliée que de devoir quêter de la nourriture. (Françoise)

Si la porte est fermée, tu dois attendre dehors. Et si un moment, ma voisine passe dans la rue et qu'elle me voit, qu'est-ce qu'elle va dire ? Il faut donc que tu mettes ton orgueil de côté. Il faut quand même bien que tu manges. Des fois, tu n'as pas le choix que celui de venir ici pour chercher du manger. (Gilles)

La distribution alimentaire n'a pas pour seule fonction de nourrir. Une fois le pas franchi, à l'intérieur du groupe des usagers, se tissent des liens sociaux. Comme nous l'avons vu précédemment, de nombreuses personnes rencontrées valorisent ce dispositif qui permet de voir qu'on n'est pas seuls. C'est le « on se ressemble ». Ainsi, les banques alimentaires fournissent également l'occasion, si ce n'est d'échanger soi-même, d'écouter des échanges (des descriptions de situations, de conditions de vie, de tracasseries administratives abondantes, etc.) ce qui permet, somme toute, à certains de relativiser leurs propres difficultés. Elles constituent des espaces de rencontre et de socialisation. Elles rythment la vie hebdomadaire des personnes. Dans leur propos, les personnes dépassent le sens structurel et institutionnel de l'aide alimentaire pour y ajouter un sens social, plaisant et structurant dans leur vie : « c'est ma sortie », « je rencontre du monde », « on se connaît », « j'aime venir ici ».

La Maison du partage m'aide toute la semaine. Tous les mercredis, je viens faire mon épicerie ici. C'est ma sortie. J'en profite pour prendre un petit café et parler avec les gens qui sont ici. [...] Cela fait depuis sept ans que je viens ici. (Jacques)

Tu as par exemple la banque alimentaire ici. Il y a beaucoup de monde qui vient ici. C'est quasiment tout le même monde ; ce qui fait qu'on se connaît. (Gilles)

Moi, je viens ici, à la Maison du partage. Je viens ici des fois deux jours par semaine quand ils donnent à manger au monde. C'est le mercredi où on donne de la nourriture. [...] J'aime ça venir ici quand ils distribuent de la nourriture parce que je rencontre du monde. (Normand)

Quelques personnes fréquentent aussi les banques alimentaires pour les services de soutien social et d'écoute qu'elles offrent.

L'intervenant social à la Maison du partage m'aide beaucoup. Quand j'ai des papiers à faire lire ou que je dois avoir des documents pour le bien-être social, je viens voir directement Daniel. C'est lui qui s'occupe de mes affaires. Ce qui fait que je suis bien content d'avoir un autre genre de famille. Ce sont mes supports.
(Normand)

Dans le quartier, les banques dites alimentaires ne contiennent pas seulement de la nourriture. Certaines peuvent également offrir des produits de soins et d'hygiène (dentifrice, brosses à dents, savons...), voire vendre des meubles à un prix symbolique.

Ici, à la Maison du partage, tu peux parfois avoir des meubles et ce n'est pas cher non plus. En général, tout est beau. Il y a bien des services qu'on offre ici.
(Gilles)

Le lit dans lequel je dors en ce moment, c'est eux qui me l'ont vendu. Le poêle que j'ai dans mon appartement, c'est eux qui me l'ont vendu. C'est ça. Cela fait depuis sept ans que la Maison du partage m'aide. (Jacques)

L'un de nos répondants met en évidence la dépendance des banques alimentaires des aides du gouvernement, des dons des particuliers lors de collectes, de la récupération auprès de la grande distribution de proximité, des dons de grandes marques, etc.

On risque de fermer la Maison du partage parce qu'ils sont en manque de subventions. Mais, la Maison du partage nourrit 370 familles dans le quartier. Si ce service ferme, où est-ce qu'on va aller ? Si cela continue comme ça, il ne restera plus de ressources pour les gens pauvres. (Jacques)

En fait, peu importe les lieux, chaque association d'approvisionnement dépend du maillage territorial possible, mais aussi des réseaux, initiatives et de l'entregent des responsables associatifs. Les possibilités d'approvisionnement et d'autonomie en matière de financement sont des leviers qui permettent de garantir le fonctionnement des banques alimentaires, ainsi que la diversité de l'approvisionnement (Le Crom et Retière, 2001). Un point important dans la citation de Jacques reflète une certaine incertitude du lendemain qui met en lumière toute l'importance du recours à l'aide alimentaire et aux organismes sociaux en général : « Si ce service ferme, où est-ce qu'on va aller ? »

Une autre ressource centrale dans le quartier est la **clinique communautaire**³⁵ de Pointe-Saint-Charles. Cette clinique possède un statut particulier qui dépasse le quartier. Sa dimension communautaire est unique. Elle a été la précurseuse des Centres locaux de services communautaires (devenus depuis des Centres de santé et de services sociaux³⁶). Elle est l'émanation d'une volonté de la population du quartier.

C'est un quartier qui se bataille. Mes parents se sont battus pour avoir la clinique communautaire. [...] J'ai vu mon père travailler très fort pour qu'on soit soigné dans notre quartier. C'est aussi la seule clinique communautaire qui existe au Québec. (Françoise)

Cette clinique existe depuis quarante ans et affiche son engagement profond pour une médecine sociale, publique, préventive, communautaire et citoyenne. Elle touche plus de la moitié des habitants du quartier. Tous nos répondants utilisent de façon régulière ou ponctuelle les services de la clinique communautaire. La plupart déplorent cependant le manque de médecins.

Il n'y a pas grand jours que le docteur vient à la clinique communautaire. Comme je te dis, il faut que tu passes une journée avant pour prendre un numéro et voir le docteur le lendemain. (Gilles)

La clinique communautaire existe depuis que je suis toute jeune. J'y allais quand j'étais toute petite. [...] Je vais encore à la clinique communautaire. Je suis assez satisfaite des services qui sont offerts. Mais maintenant, on passe avec un numéro. Tu prends un numéro et puis on t'appelle. On ne dit pas ton nom. On dit ton numéro. Avant ce n'était pas de même. (Sylvie)

Il y a un temps, il n'y avait même plus de médecin à la clinique communautaire. Et puis même encore maintenant, il t'envoie à la clinique Hudson à Ville et Mare, à Verdun, ou encore à Ville Lasalle. Moi, cela me fâche. (Françoise)

Ce discours met en lumière certaines réalités qui touchent aussi bien le service médical de la clinique communautaire que les personnes auxquelles il s'adresse. Certains participants ont même tendance depuis quelque temps à avoir recours prioritairement plutôt aux services d'urgence de l'hôpital.

³⁵ Site Internet de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles : www.ccpssc.qc.ca

³⁶ Les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) sont nés de la fusion de centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée et, dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier. Le CSSS agit comme assise du réseau local de services assurant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population de son territoire (Note sur le site du ministère de la Santé et des services sociaux du Québec, consulté le 24 octobre 2010).

Maintenant, si j'ai un problème de santé, je vais directement à l'hôpital de Verdun. Je vais directement aux services des urgences. Je vais rarement à la clinique communautaire parce qu'il n'y a pas de médecin tous les jours. C'est ça le problème. Au moins à l'hôpital, il y a toujours un médecin qui est là. (Normand)

Si les banques alimentaires et la clinique communautaire sont largement citées par nos répondants, les personnes fréquentent aussi d'autres **associations communautaires** dans le quartier, telles que la Sint Columbia House, le Carrefour d'éducation populaire, « Madame prend congé », le Club populaire des consommateurs, le Comité des personnes assistées sociales de Pointe-Saint-Charles, etc. Ce sont autant des lieux de rencontre et d'activités.

Je viens ici au Carrefour d'éducation populaire ; je vais aussi au Comité des personnes assistées sociales de Pointe-Saint-Charles ; je vais aussi de l'autre bord là où ils donnent à manger et tout. (René)

Je viens ici au Groupe d'achats. Je vais aussi à « Madame prend congé ». Des fois, pendant l'été, je vais avec le Carrefour d'éducation populaire faire des sorties. L'été passé, j'ai essayé de participer au Jardin collectif. Mais, ma santé n'était pas au rendez-vous à ce moment-là. (Lise)

En fréquentant ces organismes, les personnes ont l'opportunité de s'intégrer dans des activités culturelles et de loisir : chorale, collimage (scrapbooking), aqua-gym, cuisine, etc.

Je fais de la peinture au centre « Madame prend congé ». Il y a une activité où l'on crée une peinture. Je fais aussi une activité de scrapbooking. C'est la nouvelle affaire où on fait diverses choses avec des photos. Toujours au centre « Madame prend congé », je vais aussi sur Internet. Je vais des fois aussi à l'accueil pour jaser avec les personnes qui sont là. (Sylvie)

On observe que les habitants du quartier Pointe-Saint-Charles sont désavantagés dans leur accès aux **services publics** et plus globalement aux institutions. Nous pourrions alors penser que la présence de nombreux organismes communautaires vient probablement combler le manque de magasins et autres services dans le quartier.

Je trouve qu'il n'y a pas assez de magasins dans le quartier en général. Il n'y a pas de magasin de chaussures dans le quartier. On n'a pas non plus de magasin de vêtements dans le quartier. [...] Il y a une seule grande surface dans tout le quartier, l'IGA. [...] Sur la rue principale, qui est la rue Centre, il n'y a pas grand-chose comme commerces. Puis, sur la rue Wellington, il n'y a pas grand-chose non plus. Ici, on a une pharmacie. De ce côté-ci du quartier, on a une friperie.

Mais, en dehors de cela, il n'y a pas grand-chose. Il faut aller ailleurs pour aller magasiner. Il faut sortir du quartier autrement dit. (Marie-Josée)

Il n'y a plus de magasin ; il n'y a plus rien. Il faut que j'aille hors du quartier pour mes besoins. Il faut absolument prendre l'autobus 57 qui n'est pas fiable. Parce qu'ici, si le chauffeur est malade il ne le remplace pas. (Françoise)

Pour trouver une rue avec des centres d'achat, il faut carrément sortir du quartier et se rendre à Angrillon, ce qui est loin d'ici. Ce qui fait qu'il n'y a aucune commodité dans ma rue. (Jacques)

Ce discours tend à rejoindre quelques travaux, encore peu nombreux, qui montrent que certains commerces se font particulièrement rares dans les quartiers de grande pauvreté comme les épiceries de grande surface (Whitacre et coll., 2009 ; Bertrand, 2006 ; Séguin et Divay, 2002 ; Eisenhauer, 2001). Les personnes subissent dès lors des contraintes concernant la disponibilité et la proximité des sources d'approvisionnement. Certaines institutions comme Poste Canada semblent aussi pratiquer le principe de la relocalisation en voulant supprimer certains services. De telles fermetures ont un impact direct sur la vie des résidents les plus défavorisés dans le quartier. De façon plus générale, nous constatons que la question de la disponibilité et de l'accessibilité aux services publics et privés dans le quartier se posent en termes d'exacerbation de la précarité et donc d'éthique sociale.

Ils veulent fermer notre bureau de poste. Beaucoup de gens n'ont pas accès à un compte de banque à cause qu'ils sont sur l'aide sociale. [...] Le seul moyen de pouvoir payer leur loyer ou de faire des transactions est alors de passer par le bureau de poste et faire des mandats postaux. Et là, ils veulent fermer le bureau de poste. (Lise)

Si on ferme le bureau de poste dans le quartier, [...] les gens qui sont pauvres ou les gens de 60 ans et plus, ils ne prendront pas un taxi parce qu'ils sont sur l'aide sociale juste pour se rendre au bureau de poste. Les gens âgés devront peut-être marcher avec leur canne pour aller au bureau de poste. Ils vont faire comment les gens pour aller au nouveau bureau de poste ? (Jacques)

Inversement, les dépanneurs sont très concentrés dans le quartier, car ils permettent d'acheter à crédit.

Il y a beaucoup de dépanneurs dans le quartier Pointe-Saint-Charles parce qu'ils font du crédit. [...] Tu as ton chèque. Au milieu du mois, tu n'as plus d'argent. Tu vas chez le dépanneur et il te fait crédit. Mais, il te charge 50 ou 60 sous en plus. Puis là, au début du mois suivant, l'autre chèque arrive et tu dois déjà 100 \$ à ton dépanneur. Et finalement, tu n'as plus d'argent, car tu rembourses

continuellement ton dépanneur. À chaque début du mois, tu vas chez ton dépanneur. [...] En plus, tu peux juste acheter ton lait, ton pain et des produits en canette chez le dépanneur. Je l'ai vécu cela. Je l'ai fait aussi jusqu'à ce que je me dise non. Je me suis pliée en deux et j'ai été chercher de la nourriture à la Maison du partage. (Françoise)

Ainsi, la logique du marché entraînerait la production d'inégalités dans l'accès à des services commerciaux et publics de base. Cette observation a été qualifiée par plusieurs auteurs de ségrégation spatiale en comparaison avec des quartiers plus aisés qui sont mieux desservis (Séguin et Divay, 2002 ; Eisenhauer, 2001). La localisation des services de proximité à caractère privé (boulangerie, épicerie...), mais aussi de certains services de santé comme le dentiste, l'ophtalmologiste, semble être déterminée par le pouvoir d'achat potentiel de la population locale.

Ici, les commerces ont fermé, car il n'y a pas d'économie. Il n'y a pas d'argent dans le quartier. Alors, il faudrait trouver un moyen de rentrer l'économie dans le quartier. (Françoise)

La présence de nombreuses ressources communautaires au sein du quartier Pointe-Saint-Charles est supportante pour les personnes défavorisées. Elles occupent une place incontournable pour l'amélioration de la qualité de vie des gens, comme lieu permettant de répondre aux besoins vitaux en donnant accès à l'alimentation, comme lieu de socialisation et de rencontre, comme lieu de loisirs. Ces ressources communautaires font partie intégrante du paysage social dans le quartier. Leur importance est largement reconnue par l'ensemble des personnes rencontrées. Par ailleurs, l'absence de magasins et autres commodités est une lacune déplorée, vécue et partagée par les résidents.

5.1.1.3 Le quartier comme lieu d'engagement communautaire

La présence des organismes communautaires donne une couleur particulière au quartier. Dans ce quartier aux racines ouvrières se manifeste une volonté de se donner du pouvoir, de se mobiliser. Cette culture communautaire crée un contexte de participation et d'implication des personnes dans la vie du quartier. Le terme de participation nous renvoie en fait à une distinction fondamentale et prioritaire entre le

« faire partie de » ou le « prendre part à ». « Faire partie de » indique une conception plus passive de la participation que nous pourrions illustrer par la simple présence lors d'une activité. C'est le cas pour plusieurs personnes rencontrées :

Ces dernières années, j'ai participé ici à un cours de cuisine pour les hommes. On t'apprenait comment cuisiner des choses. On t'expliquait comment faire. Pour des affaires de même, je participe. (Gilles)

Cette forme de participation ne conduit pas nécessairement à une implication au sein d'un groupe communautaire. Par contre, le « prendre part à » fait nettement référence à une notion d'engagement, à une conception active où la personne s'implique dans l'amélioration de ses conditions de vie. Cela se traduit dans le discours des personnes rencontrées par « se battre », « se mobiliser », « faire des actions »... Ces termes renvoient surtout aux stratégies et moyens d'une participation citoyenne.

C'est un quartier qui se bataille [...] J'ai été élevée dans un milieu qui se mobilise, qui fait des actions pour le bien du quartier. Pour mon bien, aussi. (Françoise)

Ce qui est agréable, c'est les nombreux organismes et de me battre avec eux pour améliorer le quartier [...] Je faisais des manifestations. Parfois, je ne savais même pas pourquoi. Maintenant, je sais pourquoi je me bats. (Marie-Josée)

Nous pouvons aussi visualiser plusieurs échelons dans le « prendre part à ». On peut en effet, de manière minimaliste, estimer qu'il y a participation des personnes lorsqu'elles cherchent à s'informer sur ce qui se passe dans leur quartier. C'est le niveau de l'information et de la consultation.

Je m'intéresse à savoir ce que l'on va faire avec les terrains abandonnés sur Pointe-Saint-Charles, car on manque de logements sociaux ici. (Michel)

Pour plusieurs personnes, cette participation prend aussi la forme d'un engagement concret, d'une implication de nature plus temporelle à travers un travail comme bénévole au sein d'une organisation communautaire.

Je fais du bénévolat depuis toujours pour que les gens, qui sont ici et qui désirent rester ici, aient la capacité de rester ici. (Françoise)

J'ai fait du bénévolat au Centre d'aide pour les assistés sociaux. Hier, je suis allé là-bas. Je suis déjà venu faire du bénévolat ici aussi. Mais à cause de ma main et de l'opération à mon dos, je ne peux pas faire de bénévolat régulièrement. C'est ça. (Jacques)

Dans certains cas, la personne participe formellement au conseil d'administration d'une organisation locale. On est alors à un niveau de prise de responsabilité. D'ailleurs, toutes les organisations communautaires du quartier ont en principe des représentants de la population du quartier au sein de leur structure.

Moi, je suis sur le conseil d'administration du Comité des personnes assistées sociales de Pointe-Saint-Charles. En fait, il s'agit d'une obligation d'être sur le bien-être social pour être sur le conseil d'administration. Il faut au minimum de quatre ou cinq personnes qui reçoivent le bien-être social. Dans les autres associations du quartier, il y a aussi beaucoup de gens sur le bien-être social ou qui reçoivent la pension de vieillesse. (Françoise)

Cette obligation de faire participer la population au sein des organismes communautaires pourrait être qualifiée de participation institutionnalisée. Cependant, certaines personnes ont aussi le sentiment que la participation citoyenne est de plus en plus déléguée aux professionnels et employés.

Dans tous les groupes communautaires, il y a toujours des membres ou des citoyens dessus. [...] Mais là, maintenant le pouvoir est plutôt donné aux employés qu'aux gens du quartier. (Françoise)

Quelques personnes mentionnent qu'elles ne s'impliquent plus autant qu'auparavant. Elles évoquent principalement des problèmes de santé mentale ou physique.

Moi, je ne m'implique pas beaucoup dans des choses. [...] Je ne suis plus dans l'action à cause premièrement de ma santé. Avec ma santé mentale, si je suis dans une foule j'ai parfois de la misère avec le « criage³⁷ ». (Sylvie)

Je ne participe pas beaucoup à la vie du quartier parce qu'avec mon dos je ne peux pas faire grand chose. [...] Si je n'avais pas mon problème de dos, je ferais encore bien des choses. (Gilles)

Les organisations communautaires sont vues comme des milieux permettant l'affirmation et le développement de l'exercice de la citoyenneté. La participation est ancrée à des réalités bien concrètes, à des problèmes locaux : les logements sociaux, la construction d'un Casino dans le quartier, l'aménagement de certains terrains vagues, etc. Pour reprendre la typologie de Joyce et Huissoud (1996), la plupart des personnes peuvent être considérées comme « actrices du quartier » pour leur droit. Leur investissement se retrouve dans l'appartenance à de nombreuses associations dont certaines sont clairement orientées vers l'action au niveau local.

³⁷ Criage : le mot est utilisé par la personne pour désigner les cris venant d'une foule.

Le quartier Pointe-Saint-Charles semble fonctionner dans le réel et l'imaginaire des personnes comme une sorte de petite communauté, au sens de la communalisation définie par Weber (1971) comme une organisation fondée sur le sentiment subjectif d'appartenir à une même communauté. Nous pouvons mettre en évidence deux niveaux qui sont inter-reliés. Une « communalisation de proximité » liée à la vie du quartier. Celle-ci se marque par la présence de nombreuses ressources communautaires, largement utilisées par les personnes rencontrées. Celles-ci occupent une place particulièrement significative non seulement sur le plan de la dynamique sociale, mais aussi celui de la réalité économique en donnant accès aux ressources nécessaires pour les habitants du quartier. Une « communalisation symbolique » se rapportant à un sentiment d'appartenance à un groupe, au quartier. Les gens se reconnaissent et se ressemblent. Cette communalisation est aussi favorisée par la situation sociale et économique du groupe et se construit au regard des autres communautés sociales et culturelles. Nous pourrions également mentionner dans cet ancrage territorial toute l'importance que les personnes accordent tant à la dimension communautaire qu'aux relations inter-individuelles. Nous pouvons dire que le quartier est fait de mémoires, de racines, de lieux, de liens et de rencontres.

Nous remarquons également que la participation des personnes, telle qu'elle est exprimée dans leurs discours, est souvent structurelle, dépendante du besoin des associations. Dans ce contexte, plusieurs personnes se considèrent comme capable de participer, d'autres non. Le refus s'appuie le plus souvent sur des raisons de santé. Une certaine apathie ou *a-motivation* des personnes est apparente lorsqu'il s'agit de s'impliquer dans des projets plus personnels - et non revendicatifs - tel que sa contribution dans un jardin communautaire.

L'Encadré 2 reprend les différentes catégories et sous catégories créées à partir du discours de nos répondants au sujet des ressources communautaires et de leur participation à la vie du quartier.

« espace de vie public »³⁸, (5) l'environnement « décor » et (6) l'environnement « déterminant de la santé ». L'environnement social et communautaire a été présenté dans la section précédente de ce chapitre. Nous abordons ci-dessous les cinq autres représentations types, puis dans un point à part le rapport au logement.

5.1.2.1 L'environnement « problème »

En dehors de la dimension sociale et communautaire, lorsqu'il s'agit d'environnement, les personnes interviewées mentionnent tout un ensemble de problématiques : la pollution de l'air, de l'eau, le gaspillage, la propreté, le bruit, etc. Cette vision d'un environnement centré sur les problèmes est prépondérante auprès des participants. Nous pouvons faire un parallèle avec certains sondages d'opinion qui témoignent qu'une majorité de la population estime que l'environnement et plus spécifiquement la pollution constituent des problèmes immédiats et urgents (Hudon et coll., 1996). Pour nos répondants, cet environnement « problème » est largement associé à la survie et à la qualité de vie des personnes.

L'environnement... C'est quand tu sors le matin, et que tu es capable de respirer. Moi, je suis asthmatique et tout ça. Mais parfois, il y a des jours où ça ne respire pas et tu vois une grosse grosse brume... (Françoise)

Si on parle d'environnement, il y a aussi l'eau. [...] Maintenant, tu prends de l'eau. Je ne sais pas ce qu'ils ont mis là-dedans. Ce n'est pas parce qu'ils ont mis l'eau comme ça que c'est meilleur. Selon moi, elle n'est plus bonne. Je ne bois plus d'eau du robinet. J'achète de l'eau en bouteille. L'eau du robinet n'est plus bonne. On peut tomber malade rien qu'en buvant l'eau du robinet. Oui... (René)

À la lecture des deux citations précédentes, on constate que les personnes rencontrées ont une vision négative des problèmes environnementaux. L'environnement est perçu comme menaçant pour la santé humaine.

La pollution de l'air est sans aucun doute le problème environnemental le plus souvent mentionné. Le terme « qualité de l'air » est habituellement utilisé. De nombreux

³⁸ Nous utilisons l'orthographe « espace de vie public » (au lieu d'espace de vie publique) pour reprendre l'idée de Gustaphe-Nicolas Fischer (2002 ; 1997) et mettre ainsi l'accent sur l'ouverture et l'accessibilité de cet espace par toutes les personnes.

éléments, liés à la vie des personnes et au contexte dans lequel elle évolue, modulent leur perception de la qualité de l'air, souvent considérée comme un élément associé à la qualité de vie et à la santé.

La qualité de l'air, c'est quelque chose d'important. C'est certain. Si on avait une bonne qualité de l'air, la santé des gens serait sans doute meilleure. Puis, sentir quelque chose de bon, cela fait du bien. (Sylvie)

Bien que le taux de pollution puisse influencer la perception des personnes, d'autres facteurs, plus subjectifs, entrent en jeu. Plusieurs questions posées lors de nos entrevues individuelles ont permis d'aborder cette dimension subjective. Par exemple : Que pensez-vous de la qualité de l'air dans votre quartier ? En quoi la qualité de l'air est-elle importante pour vous ? Cette dimension subjective ne doit nullement être négligée, comme le rappelle Annesi-Maesano (2007, p.87) : « la détermination de la dimension objective de l'exposition à la pollution atmosphérique ne permet pas d'en sonder la dimension subjective liée à la perception que l'individu en a ainsi que des risques associés ».

Toutes les personnes interrogées estiment que la qualité de l'air « est quelque chose d'important » et qu'elle est mauvaise dans le quartier. Elles sont pour la plupart sensibles à ses manifestations sensorielles (odeurs, fumées) et perçoivent un risque sanitaire élevé pour elle-même et la population en général. Plusieurs personnes souffrent actuellement d'un problème de santé pouvant être causé par la pollution. Les maladies respiratoires, comme l'asthme, sont souvent rapportées et la qualité de l'air est la principale cause identifiée.

C'est vraiment pollué maintenant. On dirait que trop de pollution, ça enlève la vie du monde. (René)

La qualité de l'air est quelque chose de très important surtout quand tu es asthmatique, comme moi. C'est sur ! (Lise)

Il y a tellement de pollution que les gens sont malades maintenant. Nos jeunes, qui viennent au monde aujourd'hui, ont toujours un petit quelque chose, que ce soit de l'asthme ou quelque chose comme cela. (Sylvie)

Comme nous pouvons le constater, cette pollution de l'air entraîne des inquiétudes et des préoccupations cliniques. Les personnes évoquent des nuisances pour la santé d'ordre respiratoire et des nuisances olfactives : « Ça ne respire plus » ; « Je sens les particules de pollution » ; « Je commence à tousser ». L'air est aussi vu comme un

élément emblématique de l'environnement en raison de sa perméabilité à de multiples composants (chimiques, physiques ou biologiques) qui peuvent affecter la population. Une personne mentionne que « la pollution fait partie de l'environnement ».

Ici, c'est plein de pollution. C'est cela qui n'aide pas. Ça, ça n'aide pas le monde à avoir une bonne santé. Avec toute la pollution qu'on a ici, c'est épouvantable... La pollution fait partie de l'environnement. La pollution, c'est le ciel. (Normand)

Il y a aussi tout ce que je ne vois pas [dans l'air] qui peut affecter aussi ta santé. Moi, je ne vois pas les particules de pollution qu'il y a dans l'air. Mais, je les sens. Je commence à tousser. (Françoise)

Nous avons signalé précédemment le rôle important des perceptions sensorielles dans la représentation de la pollution atmosphérique. Les odeurs et les fumées sont considérées comme des éléments sensibles de la qualité de l'air. Les mauvaises odeurs sont un signe de pollution de l'air. Certaines personnes associent systématiquement brume et pollution, mais aussi poussière et pollution.

Pollution... Ayoye... Je dis la pollution parce qu'il y a beaucoup de poussière dans le quartier. Tu as toujours beaucoup de poussière. (Françoise)

Selon nos répondants, la pollution de l'air est causée d'abord par la circulation routière autour du quartier et dans le quartier. Elle est donc principalement associée aux voitures.

On est pris entre deux ponts. On est entre le pont Jacques-Cartier et le pont Champlain. On a toute la pollution due au trafic. On est juste entre les deux. On ne peut quand même pas déplacer le quartier ou tous déménager. Cette pollution-là est nuisible beaucoup. Moi, je sais quand le pont Jacques-Cartier est bloqué. (Françoise)

L'air n'est pas pur. Avec tout ce qu'il y a autour maintenant, et tout ce qu'il y a dans la rue comme les autos. À la Pointe, il y a beaucoup d'autos. (Sylvie)

L'air, c'est pas mal partout la même chose. Ce sont les autos et ces affaires-là. On en a pas mal dans le quartier. La pollution, on en a avec tous les chars et tout le kit. On en a de la pollution ici. Oui, on a beaucoup de pollution. (Normand)

L'automobile a détruit l'environnement. L'automobile c'est toute une invention de l'homme. On paye aujourd'hui la note avec la pollution [...] Dans le quartier, il faudrait fermer tous les ponts. Il y a trop d'automobiles. On a ici une autoroute qui nous passe partout. (Michel)

Ainsi, parmi les principales mesures à mettre en œuvre pour lutter contre la pollution atmosphérique il importerait de limiter le nombre de véhicules. Signalons au passage que dans son rapport annuel de 2006, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal constate que l'usage de la voiture ne cesse d'augmenter entraînant une dégradation de la qualité de l'air pouvant irriter les yeux, et les voies respiratoires de la population montréalaise. Ce rapport souligne donc l'augmentation des polluants dus aux transports à cause d'un trafic routier en constante augmentation et malgré les améliorations techniques au niveau des véhicules.

Les personnes interrogées mentionnent également d'autres causes de la pollution de l'air, comme le transport en commun et le tabagisme. Celles-ci renvoient toutes à une dimension sensorielle : l'odeur.

Je suis fumeuse, donc j'endommage l'environnement. [...] Les autos endommagent l'environnement. Mais, si tu prends le fameux autobus qui fonctionne au diesel, combien de dommage fait-il ? On dit transport en commun, mais le transport en commun fait autant de pollution que ma petite auto. (Françoise)

La qualité de l'air ? Comment respirer ? Des fois dans le quartier, on passe dans des endroits où il est effectivement dur de respirer. Notamment quand on croise quelqu'un qui fume la cigarette et des choses comme ça. La cigarette, ça pue. La qualité de l'air n'est pas... Plus le monde fume, plus on pollue aussi. Ce qui fait que tu ne peux pas faire grand-chose pour cela. (Marie-Josée)

Dans une moindre mesure, les polluants industriels sont aussi abordés. Mais, il est vrai que pour plusieurs personnes, la fermeture de nombreuses entreprises dans le quartier a entraîné une relative diminution de la pollution urbaine. L'Agence des services de santé et services sociaux (2004, p. 27) confirme que les émissions générées par la présence industrielle dans le quartier Pointe-Saint-Charles sont très inférieures à celles des autres secteurs de Montréal.

Il y a des choses d'usines comme de la peinture dans le quartier et cela sent. Ça sent le stock qu'ils mettent dans ces affaires-là. Mais, les grosses compagnies, tu n'en as plus dans le coin. C'est quand même important d'avoir du bon air pour notre santé à nous autres surtout. (Gilles)

On a intérêt à limiter les usines qui envoient des produits chimiques dans les airs. [...] C'est nous autres qui respirerons ces produits. Dans le quartier ici, il y a moins d'usines qu'avant ce qui fait que tu respirez mieux. Avant, il y avait

beaucoup de vieilles usines ici à cause du canal Lachine. À cette heure, il y a moins d'usines. (Marc)

Il y a peut-être moins de pollution avec les compagnies, car il y en a moins que quand j'étais jeune. Mais, il n'y a pas moins de pollution parce que les gens ne font pas attention. Moi, je trouve que si le quartier était propre, s'il n'y avait rien qui traîne dans les rues, je dirais que l'air serait meilleur. (Sylvie)

Ce dernier discours témoigne que la pollution de l'air est perçue de façon globale, en lien avec les autres formes de pollution et problèmes environnementaux, comme la propreté. Notons que les déchets qui traînent dans les rues sont considérés comme polluants, car ils dégagent le plus souvent une odeur désagréable. Les différents types de pollution seraient ainsi associés entre eux.

Signalons que notre analyse semble aller dans le même sens que l'enquête menée par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1996) concernant l'environnement et la santé. Dans cette étude, les termes les plus souvent utilisés par les Montréalais pour parler de l'impact de l'environnement sur la santé sont les suivants : « pollution de l'air », « les voitures et les autobus ».

La propreté dans le quartier est une autre préoccupation majeure des personnes rencontrées. Cette notion de propreté est *a priori* importante.

Pour moi, ce qui est important dans l'environnement, c'est surtout la propreté et puis les espaces verts. (Sylvie)

Même si j'ai déjà vu pire ailleurs, il y a des places où c'est quand même très sale. Je trouve quand même que la propreté c'est quelque chose de très important. (Michel)

Ce terme « propreté » fait référence à une pluralité des sens et d'usages. Dans un premier temps, la propreté des voies publiques et des espaces libres est mentionnée à plusieurs reprises. Elle est le plus souvent associée à la problématique du nettoyage et de la gestion des déchets : « un quartier bien nettoyé », « pas de déchets qui traînent ». Il s'agit ici de rendre propre en se débarrassant de ce qui salit ou encombre.

Moi, je trouve qu'il faudrait un quartier bien nettoyé. (Sylvie)

Un environnement idéal, c'est un endroit où il n'y a pas des déchets qui traînent dans les rues. (Marie-Josée)

La préoccupation des personnes à l'égard de la propreté est de type hygiéniste. L'hygiène urbaine est étroitement liée à la gestion des déchets. Les déchets qui traînent constituent pour les personnes un « vrai problème ». Les déchets sont des réalités objectives, indésirables : vidanges, gros meubles, papier, couches de bébés, déjections canines, condoms, seringues... Ils renvoient à la notion de saleté, de souillure, voire de répulsion. [Entrevue 5] nous dira par exemple que « c'est aberrant de trouver » certaines choses dans les rues, mais aussi dans les parcs.

Il y a des problèmes de saleté dans la rue. Il y a du monde qui jette leurs vidanges plusieurs jours à l'avance. Des fois, tu passes la fin de semaine et tu as des meubles sur le bord de la rue. Cela reste plusieurs jours. (Gilles)

L'été, il y a beaucoup de papiers qui traînent partout. [...] C'est un problème parce que ça fait mal propre. Ça regarde mal. (Marc)

On a des problèmes de malpropreté. C'est hyper sale dans ma rue. [...] Tu vois, cet été il y a des gens qui ont jeté des couches de bébé dans la rue. Elles sont restées là pendant plusieurs jours. (Françoise)

Si les gens ramassaient les dégâts de leur chien tout le temps, qu'ils les mettaient dans un sac et puis dans une poubelle, ça irait mieux encore. Dans la rue où j'habite, c'est dégueulasse. C'est toujours plein de déchets des chiens. Ce n'est pas propre. (Sylvie)

Une fois, j'ai été à la Caisse populaire [banque] avec mon ami et on a trouvé des condoms. Tu sais, des choses comme ça, c'est aberrant. Aussi, dans le parc, on trouve des seringues usagées. C'est quand même aberrant des choses comme ça. (Lise)

La propreté est un vrai problème. Ils ne passent pas souvent les balais dans la rue. Cela prend beaucoup de temps avant qu'ils ne viennent ramasser les déchets sur la rue. Cela traîne beaucoup. Tu sais, les gros meubles, les grosses choses... c'est vraiment long avant que la Ville ne passe. La propreté, c'est quand même quelque chose d'important. Pourquoi est-ce qu'on devrait voir traîner des déchets ? (Lise)

Selon nos répondants, ce sont les services municipaux qui doivent assurer l'entretien, le balayage des rues et le ramassage des déchets. Barraqué (1992, cité par Villemagne, 2002, p. 49) parlerait d'une certaine déresponsabilisation des personnes vis-à-vis de la propreté dans les espaces publics. Notons au passage que deux des personnes du quartier interrogées nous parlent d'initiatives amenées par des organismes

communautaires pour le nettoyage de l'espace public : un comité d'entretien d'une rue et une activité ponctuelle dans un parc.

Il y a un comité d'entretien maintenant qui s'occupe de ma rue. La Ville vient aussi plus souvent. Il y a eu des pressions qui ont été faites pour que la Ville de Montréal vienne plus souvent nettoyer. Ce comité d'entretien est quelque chose de nouveau qui sort de l'Éco-quartier de la Ville de Montréal. Le comité encourage les enfants à ramasser les papiers. J'entends souvent les parents dire : « Eh ! Cela ne va pas sur le trottoir, ça va dans la poubelle ! » Alors, c'est cela le comité d'entretien. Ce comité d'entretien est juste pour la rue. Je ne fais pas partie du comité. (Françoise)

On a le Comité des personnes assistées sociales de Pointe-Saint-Charles. Ils viennent nettoyer le parc et ils plantent des fleurs. Ils appellent cela des corvées. Cette année, il me semble que je vais être plus apte à pouvoir les aider. Ils organisent des corvées propretés surtout dans le petit parc près de chez moi. (Lise)

L'idée de propreté fait également référence à des gestes qui s'y attachent comme le recyclage. Malgré l'existence d'un programme municipal basé sur une collecte hebdomadaire de matières recyclables, plusieurs personnes constatent le peu de participation citoyenne : « Les gens devraient recycler », « Je ne fais pas beaucoup de recyclage ».

La propreté, c'est aussi le recyclage. [...] Les gens devraient recycler. Il faudrait qu'il y ait moins de déchets dans les rues. Tu sais, on ne devrait plus voir dans les vidanges des choses qui sont supposées être dans le recyclage. (Lise)

Il y a beaucoup de progrès à faire dans le recyclage, malgré le fait que je n'en fais pas beaucoup moi-même en partant. Il faudrait donc améliorer le recyclage. (Marc)

Comme on le constate, en parlant de propreté, les personnes prennent en compte la qualité de l'espace public. Ils parlent de déchets, de collecte des ordures ménagères, de l'état de la voirie, etc.

Si la notion de propreté est associée dans un premier temps à la notion de salubrité et d'hygiène publique, nous pouvons aussi constater qu'elle prend en compte la dimension esthétique du quartier. La présence de graffitis serait un exemple de problème à ce sujet. Deux personnes rencontrées nous parlent de cette situation :

Les gens ne sont pas capables de garder la rue propre ou quoi que ce soit. Il y a beaucoup de graffitis. [...] Avant, les gens respectaient les murs et tout. Mais ici maintenant, depuis quelques années, il y a de plus en plus de graffitis dans le quartier. (Sylvie)

Le mur avec les graffitis sur la rue Hibernia, je le ferais peindre. Je ferais une murale plus belle que celle qu'il y a. Là maintenant, les jeunes s'amuse dessus et c'est tout le temps sale. Ce n'est pas beau. [...] Moi, je ferais enlever tous les graffitis. Il me semble que je ferais tout pour l'embellir mon quartier. (Marie-Josée)

L'absence de propreté aurait un impact sur la santé physique et mentale des personnes comme l'exprime Sylvie. Le propre, c'est aussi ce qui convient, ce qui est recherché, ce qui est gardé nettoyé. Ce n'est pas ce qui est « tout croche ».

Si ce n'est pas propre, si c'est sale, cela n'aide pas ta santé non plus, que ce soit pour ta santé physique ou ta santé mentale. Toujours vivre dans un environnement tout croche joue à la fin sur ta santé. (Sylvie)

Les images évoquées à propos de la propreté illustrent la diversité des significations qui lui sont attachées. Les situations dans lesquelles il est question de propreté comme à propos des déchets dans les rues, des graffitis, de la poussière et des différentes pratiques telles que le recyclage ou le nettoyage, mettent de l'avant diverses préoccupations. En fait, la propreté répond à des attentes de santé, d'ordre, d'esthétique, mais aussi de sécurité. Comme nous le verrons plus loin, la question de la propreté des lieux se retrouve aussi dans les discours autour du logement et des relations de voisinage.

La qualité de l'eau du robinet est abordée par quelques personnes. Celles-ci témoignent de leur crainte et mentionnent qu'une eau de bonne qualité est nécessaire pour vivre. Une eau qui renferme une odeur ou qui contient des matières en suspension est synonyme de « pas bonne ». L'odeur porte un signal de différents problèmes : « Cela sent comme le moisi », « Elle sent les œufs pourris », « Il y a trop de chlore ». Le jugement sur la qualité de l'eau passe clairement par l'utilisation des sens, en particulier la perception olfactive.

L'eau de la Ville de Montréal n'est pas terrible à boire. C'est sûr qu'ils mettent du chlore là-dedans. [...] L'eau sent fort. Des fois, elle est lourde. Elle sent parfois

très fort. [...] C'est vraiment important d'avoir une bonne qualité de l'eau pour vivre. (Marc)

Tu sais que l'eau n'est plus si bonne ou pas bonne. Et finalement, qu'est-ce que je bois ? [...] Il y a trop de chlore dans l'eau. Tu ouvres le robinet et tu le sens. [...] Il y a même des journées où cela sent comme le moisi. Il y a une drôle d'odeur dans l'eau. Même mon chien, quand je prépare l'eau du bain, il recule et puis il attend. Chez un de mes amis, l'eau pue. Elle sent les oeufs pourris. C'est peut-être à cause des tuyaux par où l'eau passe. Ce qui fait que j'ai des doutes sur la qualité de l'eau à la Pointe. (Françoise)

Certains de nos répondants ont développé des stratégies personnelles : « laisser couler l'eau », « laisser reposer l'eau », « filtrer l'eau », « bouillir l'eau » ou même « acheter de l'eau en bouteille ».

Avant de boire, je regarde pas mal mon eau comme il faut. Je regarde pour voir s'il n'y a pas de drôles d'affaires qui se promènent dedans. (Marc)

Je laisse toujours mon eau couler très longtemps. Ensuite, je la passe au filtre ou alors je la fais bouillir parce qu'elle sent vraiment le chlore. (Françoise)

Actuellement, je la mets dans le frigidaire pour qu'elle repose. Quand je la laisse se reposer, le chlore s'évapore ou je ne sais pas trop. Et alors, cela ressemble un peu plus à de l'eau de source. (Marc)

Je ne bois plus d'eau du robinet. J'achète de l'eau en bouteille. L'eau du robinet n'est plus bonne. On peut tomber malade rien qu'en buvant l'eau du robinet. (René)

Nous noterons au passage l'absence de commentaire concernant les eaux du fleuve et du canal de Lachine qui pourtant entourent le quartier.

Plusieurs de nos répondants abordent **la contamination de sols**. Cette inquiétude quant à la pérennité des sols contaminés est également soulevée dans de nombreux articles et documents communautaires (Mémoire de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, 2009). Pour les personnes interrogées, c'est la crainte pour leur santé qui est exprimée.

[L'environnement] C'est aussi que tu n'as pas peur d'aller dans le parc parce que tu ne vas pas te contaminer. C'est cela l'environnement. [...] Là, ils décontaminent le parc Leber. Ils ne le finissent pas pendant un an et demi, voir deux ans. [Avec le vent] la terre polluée est là dans l'air. [...] Là, la ville a coupé

deux cents arbres. Ils étaient peut-être malades, mais c'est tout le parc qui est malade. (Françoise)

Dans le quartier, il y a beaucoup de terrains qui sont pollués. Beaucoup. Je pense que pour la plupart des terrains, ils sont obligés de faire une dépollution. Ils sont obligés de dépolluer les terrains avant de construire. Cela m'inquiète. Parce que même après, est-ce que l'on sait si le terrain est à cent pour cent dépollué ? Je pense qu'on ne le sait pas. On ne peut pas savoir s'il n'y a plus de danger, plus de contamination de la terre. On prend ce que la Ville nous dit. (Sylvie)

Il y avait un jardin communautaire près d'Hibernia. Mais, ils ont été obligés de le fermer l'année passée parce qu'il y avait un problème avec la terre. C'est passé dans les journaux. Ils disaient que la terre n'était pas bonne. La terre était contaminée. (Jacques)

Le bruit est évoqué spontanément par quatre personnes interviewées. Il est abordé comme une problématique de gêne, d'atteinte au confort : « C'est un peu fatigant ». Plusieurs sources sont identifiées par nos répondants. Parmi celles-ci : une voie de chemin de fer traverse le quartier. Nous noterons qu'en dehors de nos entrevues, plusieurs personnes dans le quartier nous ont signalé cette source de bruit comme étant majeure et provoquant un désagrément.

On parlait du côté de l'air qui est pollué, des terrains pollués, mais il y a aussi le bruit. Tout cela attaque ta santé. Tu as toute la cour d'entretien de Via Rail proche de chez moi. Ça fait du bruit. Mais, tu finis par t'habituer au bruit des trains, comme tu peux t'habituer au bruit du trafic. [...] Il y a aussi le contrôle des chiens. J'ai remarqué que presque tous les locataires de mon bloc ont un chien. Et les chiens jappent, et jappent, et jappent. (Françoise)

Le train passe juste à côté. Ça, c'est un inconvénient. Le train est un problème parce qu'il passe souvent. Il fait beaucoup de bruit parce que les wagons se rentrent dedans. Des fois, cela fait : paf, paf, paf. On dirait vraiment une gare de triage à côté de chez moi. Des fois, j'entends même les bibelots dans ma maison qui tremblent sur ma bibliothèque. Les roues grincement probablement à cause de la rouille qui se forme sur les roues. Je te dis que cela grince comme si tu jouais avec une craie sur un tableau. C'est un peu fatigant. (Marc)

On a aussi toutes les autos qui passent pour aller dans la ruelle. On a aussi le voisin avec sa musique qui va à toute force. On a quand même pas mal de problèmes de bruits dans mon coin de rue. (Sylvie)

Le bruit est également associé à l'idée de santé. Nous développerons ce point plus loin dans notre analyse.

Les problèmes liés à l'environnement occupent une importance particulière dans le discours des répondants, en particulier en ce qui concerne les conséquences de la dégradation de l'environnement sur le bien-être et la qualité de vie. Dans une moindre mesure, les personnes abordent les causes.

Nous observons que dans certains éléments du discours, l'idée d'un environnement problème est très proche de l'idée d'un environnement ressource. Par exemple, les termes recycler, déchets, poubelle et jeter sont souvent utilisés.

5.1.2.2 L'environnement « nature »

Une deuxième thématique est largement observée. Elle constitue un schème de représentations correspondant à un discours caractérisé par le mot « nature ». Les éléments de la nature (éléments biophysiques, flore et faune) sont au cœur de cette représentation de l'environnement.

L'environnement pour moi, c'est la nature. Mais, tu peux avoir plusieurs sortes d'environnement. [...] L'environnement, c'est la nature habituellement. C'est le seul mot qui me vient à la tête. C'est les arbres, puis les fleurs. Je le vois comme ça. Je ne vois rien d'autre. Je n'arrive pas à trouver les mots. (Marie-Josée)

L'environnement ? C'est... C'est la nature. Oui, l'environnement c'est la nature. C'est tout ce qu'on a sur la Terre : les arbres, les fleurs... Moi, je vois l'environnement comme ça. (Normand)

Les deux termes, environnement et nature, semblent recouvrir dans ces cas-ci des réalités semblables. La conception dominante de la nature fait généralement référence à une nature végétale. Elle semble ainsi refléter *a priori* une vision de type écologique. Le discours ci-dessous tenu par Marc met en évidence un dualisme qui oppose « construit » versus « naturel ».

Pour moi, l'environnement c'est la nature. Tout ce qui est la nature... Cela peut être l'eau ; cela peut être l'air ; cela peut être la terre. En fait, c'est tout ce qui vit naturellement. C'est tout ce qui nous aide aussi à mieux vivre. Mais, tout ce qui est construction, ce n'est pas pour moi l'environnement. Tout ça, ce n'est pas l'environnement pour moi. Je peux te dire que tout ce qui est en béton ne pousse

pas dans la terre. On les pose sur la terre. C'est sûr que cela ne pousse pas.
(Marc)

Le premier point est marqué par l'intervention humaine. Le second, règne du non humain, est, comme nous le verrons plus loin, idéalisé. Dans ce discours, l'environnement, c'est ce qui est opposé à l'homme, à la société, voire la civilisation ; on pourrait parler d'un environnement naturel qui serait l'envers d'un environnement construit. On rejoindrait ainsi l'idée que l'essence de la nature est celle qui est incontrôlée (Minter, 1993 : cité par la RCEPSUE³⁹ 2006, p. 3). Cette vision dualiste qui oppose l'univers des hommes, c'est-à-dire la société, et la nature a été observée par plusieurs auteurs (Eder, 1996 ; Moscovici, 1994).

La majorité des répondants font cependant davantage référence à une nature organisée, aménagée dans l'espace urbain, excluant le construit humain. Elle est décrite par les espaces où elle se trouve : « ce sont les espaces verts ». Il s'agit de lieux qui accueillent une nature plus ou moins diversifiée, plus ou moins aménagée. Cet état de nature en milieu urbain n'est finalement pas tout à fait indépendant de la société humaine (RCEPSUE, 2006 ; Hamel, 1993). La nature en ville, dont parlent les personnes que nous avons rencontrées, est le plus souvent domestiquée, assujettie aux besoins. Dans leurs discours, les personnes expriment également une forte demande de « vert » urbain.

L'environnement, c'est... Ce sont les espaces verts. (Jacques)

Comment je définirais l'environnement ? [Silence] Ce sont les espaces verts. Et là, je pense que l'on devrait avoir plus d'espaces verts dans le quartier. (Sylvie)

En ce qui concerne certains aspects invariants dans le discours de nos répondants, nous pouvons mettre en évidence une caractérisation positive de la nature. Les espaces verts créent au sein du quartier une rupture avec l'ambiance de la ville, permettant à ses utilisateurs de renouer avec la nature. La littérature abonde également dans le même sens. C'est ainsi que Sam Mostyn (1990, cité par la RCEPSUE, 2006, p. 3) suggère que le contact avec la nature urbaine est bénéfique pour les personnes, car elle leur permet de s'échapper de la ville en offrant un havre de paix et de tranquillité. Les personnes

³⁹ RCEPSUE - Royal Commission on Environmental Pollution Study on Urban Environments, Well-being and Health.

rencontrées évoquent de tels bienfaits de cet environnement nature. Il répond ainsi à une fin essentiellement de détente, de relaxation. Cette conception de l'environnement induit une dimension sensorielle et expérientielle aux conséquences positives : « C'est relaxant », « Cela me fait du bien », « Ça sent bon », « J'aime ça ».

Respirer dans des espaces verts, cela fait du bien. Moi, ce que j'aime bien, c'est d'aller dans le parc là-bas et de regarder les étoiles le soir. Tu es dans le gazon. Ça sent bon. Ça sent l'herbe. [...] Il faut avoir des espaces verts. C'est important pour respirer les arbres un peu. Cela fait du bien. Cela me fait du bien. Moi, je pense ainsi. J'ai besoin de cela. (Marie-Josée)

Aller dans un parc permet aussi un contact apprécié avec la nature et important pour leur bien-être. Cela est jugé apaisant.

Il y a le parc très près de chez moi. Tu vas dans le parc à huit heures du matin, tu es dans l'herbe et tu entends les oiseaux [...] Tu vois le gazon. Tu sens le gazon mouillé le matin. [...] C'est relaxant. Ça, j'aime ça. (Françoise)

Dans les petits parcs qui ont l'air un petit peu perdus. On retrouve vraiment la nature là, dans ces endroits-là. On peut voir les petits écureuils et entendre les oiseaux. Ça, ça fait du bien. (Marie-Josée)

C'est le côté sensible de cette relation qui est largement exprimé ici. La nature dans le quartier Pointe-Saint-Charles est ainsi ressentie comme un besoin par les personnes, car elle participe au bien-être et à la qualité de vie. Deux émotions peuvent être mises en évidence : la stimulation et le plaisir. Ceci va dans le sens des travaux de Bonnes et coll. (1999) qui soulignent le bienfait de la présence des espaces verts pour les citoyens.

La nature dans le quartier est également appréciée pour ses fonctions hygiénistes et sanitaires. Comme nous le verrons ci-dessous, le rôle des fleurs et des arbres dans la perception des individus est lié entre autres à une dimension vitale : respirer, donner des vitamines et de l'énergie. Aussi les espaces verts et les arbres contribuent à la purification de l'air. Ils nettoient l'air en enlevant la poussière contribuant ainsi à une vie plus saine. Ces espaces verts sont qualifiés par un de nos participants de « poumons de la Terre ».

Je sais que les arbres et des fleurs donnent un genre de vitamine. Les arbres et des fleurs donnent des vitamines dans l'air qui font qu'on a besoin de cela. Oui, moi personnellement j'ai besoin de cela. J'ai besoin de la nature. J'en ai besoin. (Marie-Josée)

C'est important d'avoir des espaces verts dans le quartier. C'est de l'énergie. L'espace vert et les arbres et tout, ça enlève un pourcentage de poussière qu'il y a dehors. (Sylvie)

C'est important d'avoir des espaces verts. Cela donne de l'oxygène. (Jacques)

Les espaces verts, ce sont les poumons de la Terre. [...] Je sais que c'est très important d'avoir des parcs, car ce sont les poumons de la Terre. (Michel)

C'est important d'avoir des espaces verts. S'il y a trop de béton l'été, alors l'espace devient très chaud. Quand il y a de la chaleur, le béton conserve la chaleur. Ça ne respire pas. Ça cuit comme dans une cuisine. C'est pour cela que dans la campagne, on est souvent mieux parce que la terre respire. Nous, on respire. Si la terre ne respire pas, nous on doit respirer quand même. Mais, on respire beaucoup plus mal. C'est normal, tu sais. Si la terre ne respire pas, on respire mal. (Marc)

Dans son discours, Marc fait référence ici aux nombreux ilots de chaleur urbains qui amènent les personnes à être soumises à des températures plus élevées tant la journée que la nuit. Les cartes thermiques de la région de Montréal mettent en évidence la présence de tels ilots de chaleur dans le quartier Pointe-Saint-Charles.

La dimension sociale des espaces verts urbains est relativement peu présente dans le discours des personnes. Pourtant, de nombreuses études en font référence en mentionnant les nombreuses possibilités d'interaction sociale qu'ils offrent (RCEPSUE, 2006 ; Bonnes et coll., 1999). Une des personnes interviewées aborde cette dimension :

Dans le parc près de chez moi, il y a une cour d'exercices pour les chiens. Comme hier soir, il y avait neuf chiens dans la cour d'exercice entre sept heures et huit heures du soir. Il y en avait neuf. Cela rentrait, cela sortait. [...] C'est un bel espace pour rencontrer du monde. (Françoise)

Il faut donc se demander si les espaces verts répondent aux besoins de socialisation de notre public cible. Mais, comme nous le verrons plus loin, nous pouvons sans doute signaler que l'absence de commodités comme les bancs publics et/ou le mauvais état de ceux-ci constitue un obstacle pouvant dissuader les personnes d'utiliser les espaces verts.

Certains espaces verts sont plus souvent cités en exemple que d'autres comme le parc Saint Gabriel. C'est sans doute dû au fait qu'il est particulièrement bien intégré dans le quartier. Il est suffisamment grand et au coeur de Pointe-Saint-Charles. Il est entouré de rues résidentielles, de la bibliothèque municipale, de l'aréna et à proximité de la seule grande surface alimentaire. Mais, nous noterons que la plupart des personnes font prioritairement référence à la proximité des espaces verts de leur lieu de résidence.

En fait, nous pouvons constater que les commentaires de nos participants rejoignent en plusieurs points les travaux entrepris par des psychologues de l'environnement (Tyrvainen, 2006 ; RCEPSUE, 2006 ; Bonnes, 1999) qui se sont penchés sur les représentations associées aux espaces verts urbains.

Nous pouvons constater que cet environnement « nature » pour les personnes de Pointe-Saint-Charles occupe une place importante dans leurs discours. Cette représentation se formule essentiellement en termes d'espaces verts, de parcs urbains. L'analyse des éléments représentationnels fait largement ressortir la dimension psychologique du rapport à la nature. Nous avons pu mettre en évidence le sentiment de détente, de relaxation, de ressourcement, de bien-être que procure la nature. Les dimensions liées aux « activités » et, ou aux échanges sociaux sont peu présentes dans le discours de nos répondants. Elles font plutôt référence à un environnement « espace de vie public ».

5.1.2.3 L'environnement « espace de vie public »

Cet environnement est ouvert et fluide. Il s'agit d'un espace de vie, espace de rencontre et d'activités publiques, accessible à tout un chacun, quelques soient les caractéristiques individuelles ou collectives des gens qui le fréquentent. Fischer (1997) parle à cet effet de territoire public comme lieu de la sociabilité publique. Celui-ci englobe des espaces physiques aussi différents que les parcs, les rues et les trottoirs, mais aussi les équipements qui s'y trouvent. Ces équipements (bancs, tables, cabines téléphoniques, abribus, etc.) ou mobiliers urbains correspondent à des ressources collectives mises à la disposition des habitants du quartier de façon permanente ou périodique. Ces

équipements sont plutôt rares dans le quartier et les répondants y voient un manque pouvant créer des désagréments ; cela ne répond pas aux besoins des résidents du quartier.

Lise nous parle entre autres de la rareté des bancs publics, du manque d'abribus et de l'absence de toilette publique dans les parcs. L'accent est mis sur le côté purement fonctionnel des équipements comme « se reposer » et non sur l'aspect social.

Il manque des bancs dans le quartier de Pointe-Saint-Charles. Si tu marches dans la rue Centre, il y a un seul banc sur toute la rue. Ce n'est pas assez. Quand on est fatigué, on aimerait bien pouvoir s'asseoir et se reposer un peu. [...] Il y a plusieurs endroits où ils manquent des abribus et ce serait bien qu'il y en ait [...] Il faudrait aussi des commodités dans le sens où il devrait y avoir au moins des toilettes publiques pour les enfants et les personnes âgées dans les parcs. Moi, je suis incontinente. [...] Tu sais, tu peux avoir un environnement sain, mais tu peux avoir comme ici en même temps un environnement où il n'y a pas de commodité. L'absence de commodité peut avoir un impact aussi sur notre santé. Il n'y a pas de commodité dans le quartier. (Lise)

L'élément central de ce discours est lié au confort des déplacements des personnes. Le manque d'équipement joue aussi sur la santé des personnes, surtout pour Lise qui souffre d'incontinence.

La question du choix de matériel utilisé pour le mobilier urbain soulève certaines questions auprès de nos répondants. L'entretien et la dégradation des équipements publics posent un réel problème. Les perturbateurs cités sont les jeunes ou des petites bandes dans le quartier.

Ils ont enlevé beaucoup de bancs parce que les jeunes les brisaient. Mais, il me semble qu'on pourrait les faire en métal pour qu'on ne puisse pas les briser. (Lise)

Les choses ne restent pas longtemps. Les petites poubelles que la Ville place dans les rues ne durent jamais longtemps. Elles sont souvent brisées. Il y a plein de graffitis sur la table de pique-nique, ou sur les bancs pour attendre l'autobus. Des fois, c'est arraché au lieu d'être intact. (Sylvie)

Sur le bord du canal Lachine, la Ville a mis des tables. Elle a dû les attacher dans le ciment pour que les jeunes ne les jettent pas dans le canal. (Normand)

À la lecture des discours de nos répondants, on constate que les équipements publics les plus cités concernent le mobilier de repos et de décoration (bancs, tables et bacs à

fleurs), le mobilier de circulation (abribus) et le mobilier de propreté (toilettes publiques et poubelles).

Certains de ces espaces publics, comme la rue ou les parcs, sont parfois investis temporairement par des groupes spécifiques comme leur espace de vie privée. Cette situation induit auprès de la majorité des personnes rencontrées lors de nos entretiens un sentiment d'insécurité. Les groupes de jeunes, la consommation de drogue et la prostitution sont largement mentionnés comme des menaces. Cette insécurité est citée avec toutes les nuances d'intensité, de la simple gêne jusqu'au malaise générant une certaine appréhension allant même jusqu'à la crainte de l'agression physique.

Je n'aime pas les petites gangs de jeunes qui se tiennent tous ensemble. Des fois, tu ne sais pas très bien si tu peux passer à côté sans te faire agresser. Surtout si tu ne les connais pas. (Sylvie)

Les petites gangs de rue... Les policiers diraient que ce ne sont pas des gangs. Ce sont des petits jeunes qui sont cinq ou six. Des gangs de rue... Il y a aussi deux fois plus de violence qu'avant. (Françoise)

Je me dis en moi-même que c'est quand même un peu dangereux. Parce que ce qui arrive, c'est que ce sont des personnes qui se droguent. Il y a donc de la chicane entre les gens. (René)

Le soir ici, il y a plein de trafics de drogue qui se font dans les rues du quartier. Il y a aussi plein de trafics autour des clubs où il y a les machines à poker. Tu sais, le soir je ne laisse même pas mon chat sortir dehors. [...] Il y a de plus en plus de consommation. C'est quelque chose de très pesant. Ce qui fait que je sais que cela va devenir de plus en plus insécuritaire dans le quartier. (Jacques)

Dans mon coin, il y a beaucoup de prostitution. Il y a beaucoup d'hommes qui passent et qui pensent que l'on est des prostituées parce qu'on se promène sur la rue. Oui, on se fait souvent arrêter. [...] Le quartier n'est pas tellement sécuritaire. On dirait que c'est pire dans mon coin, autour de la Maison Saint-Charles, et aux alentours du métro. (Lise)

Par souci de sécurité et pour préserver le calme, la Ville a mis en place certains règlements comme l'interdiction de se trouver dans un parc la nuit. Les contrôles policiers semblent aussi plus fréquents dans les rues et ruelles du quartier. Ces mesures semblent satisfaire certaines personnes.

Ici dans le parc qu'on a près de chez moi, ils ont mis une loi... Maintenant, à onze heures du soir, tu n'as plus le droit d'être dans le parc. Moi, je suis content parce qu'il y a eu bien des affaires dans le parc durant la nuit. Il y avait des groupes de

jeunes. Il y a bien eu de la violence dans le parc. Je suis bien content que la police ait mis une loi. [...] Je peux te dire une affaire, c'est que la police contrôle. Elle passe souvent dans les ruelles. Elle passe partout maintenant. Partout. Tout partout. (Normand)

Cet environnement comme espace de vie public devrait idéalement correspondre à des lieux conviviaux et de sociabilité au sein desquels les habitants du quartier aiment se retrouver, pour discuter et faire des rencontres. La construction des liens sociaux entre les personnes défavorisées semble plutôt s'élaborer dans d'autres sphères que cet espace de vie public. Comme nous l'avons vu précédemment, les nombreuses associations dans le quartier remplissent en partie ce rôle en créant des espaces de rencontres structurés ou non, mais aussi par le jeu des interactions qu'elles suscitent entre les personnes. C'est sans doute à travers l'usage de ces associations locales que la plupart des personnes défavorisées du quartier se reconnaissent.

5.1.2.4 L'environnement « décor »

L'environnement est également abordé par quelques personnes dans sa dimension esthétique, comme un décor pour spectateurs. L'environnement est alors comme théâtralisé. C'est un « entourage » qui doit être beau comme si l'homme est en dehors de son environnement écologique, comme s'il y avait, d'une part, l'homme et, d'autre part, l'environnement.

L'environnement, c'est tout ce que tu vois autour de toi et qui est beau. (Françoise)

Il est composé d'éléments matériels décoratifs. Il traduit ainsi l'atmosphère d'un lieu à travers de nombreux détails.

Sur la rue Centre, il y a des arbres là tout le long. On en a pas mal. Et puis l'été, ils mettent des gros blocs de ciment et ils plantent des fleurs là-dedans. Cela aide pour l'environnement. Moi, je trouve cela beau. Je trouve cela décoratif. C'est comme à Saint-Henri, au temps des fêtes, ils accrochent des arbres de sapins aux poteaux et ils mettent des lumières. Ça, c'est aussi de l'environnement. Ça fait beau. Ça met de la vie. Moi, je trouve que l'environnement doit être beau. Ça doit être bien décoré. C'est ça. Moi, je vois cela comme ça. (Normand)

Dans ce discours, l'environnement « décor » peut donner une valeur positive au quartier ou à la rue et favoriser la convivialité des lieux : « Cela fait beau. Cela met de la vie ». L'environnement est alors géré et animé par la Ville et, ou des associations de quartier. Au-delà de l'aspect descriptif, nous pouvons donc mettre en évidence simultanément une dimension d'appréciation, mais aussi de valorisation. Cette dernière s'exprime également dans une perspective d'embellissement.

L'environnement, on peut toujours l'embellir. (Marie-Josée)

Si on plantait des fleurs et qu'on mettait des arbres et si on prenait soin des arbres aussi, la rue serait mieux. [...] On pourrait embellir la rue en aidant les gens aussi à avoir des pots de fleurs et des choses comme ça. (Lise)

Ces éléments représentationnels de l'environnement « décor » font référence d'une part à l'environnement nature, mais aussi à l'environnement problème.

5.1.2.5 L'environnement « déterminant de la santé »

Pour les personnes que nous avons rencontrées lors de nos entrevues, l'influence de l'environnement sur la santé semble reconnu. Le discours adopté le plus souvent une approche causale, explicative de la santé subjective et perçue des personnes. À titre d'exemple, nous avons indiqué précédemment que plusieurs de nos participants faisaient un lien entre leurs difficultés respiratoires et la pollution de l'air ou encore mentionnaient un bien-être psychologique en allant dans les parcs du quartier. Cet environnement « déterminant de la santé » se retrouve dans toutes les catégories environnementales évoquées précédemment. Il aurait donc une dimension transversale. Nous préciserons cela au point 5.3 de ce chapitre.

5.1.3 Les conduites environnementales

Sous le terme de conduites⁴⁰ environnementales, nous regroupons ici à la fois les

⁴⁰ Nous choisissons d'utiliser « conduites » comme terme générique dans notre thèse, tout en reconnaissant que ce mot n'y a pas son sens spécifique. Les conduites sont des manières conscientes et volontaires d'agir se traduisant par un ensemble de comportements. (Legendre,

habitudes de vie, les comportements et l'agir délibéré. L'environnement a un effet direct sur le comportement des personnes par l'existence des contraintes objectives qui définissent le possible et l'impossible en matière de conduite. C'est ainsi que l'aménagement du quartier qui s'exprime peut faire obstacle à certains usages. L'environnement peut aussi suggérer de façon indirecte aux personnes de nouveaux modes de vie. Aujourd'hui, la majorité des chercheurs considère la relation individu-environnement comme une sorte d'unité transactionnelle dans laquelle la personne a une attitude active : réactive et/ou proactive. Les conduites environnementales ne sont donc pas nécessairement traduites en termes de causalité, mais parfois en termes d'inclinations à se conduire autrement.

Les dimensions cognitives, affectives et conatives⁴¹ induisent les conduites environnementales des personnes. Celles-ci pourraient se décomposer ainsi : 1) les conduites responsables de soi et des autres ; 2) les conduites responsables à l'échelle du quartier ; 3) les conduites responsables à l'échelle globale. Cette catégorisation nous permet également d'appréhender trois autres dimensions : intérêts sociaux, économiques et environnementaux.

Dans le cadre de cette recherche doctorale, nous n'avons pas fait un inventaire des conduites environnementales. Un tel travail pourrait être entrepris au cours d'une recherche ultérieure. Nous nous limiterons dans cette section à exposer les habitudes, comportements et agissements qui ont été mentionnés spontanément par nos répondants.

Les conduites responsables de soi et des autres font référence principalement à l'implication des personnes dans la vie du quartier et à toute forme d'entraide. Comme nous l'avons signalé précédemment, plusieurs de nos répondants font du bénévolat dans des organismes communautaires ou participent à différentes actions locales. Les composantes affective, émotionnelle et occupationnelle sont le plus souvent présentes

2005, p.272). Elles ne sont donc pas uniquement liées au savoir pratique. Elles peuvent être d'ordre communicationnel ou de l'ordre de l'engagement comme le bénévolat qui ne fait pas uniquement référence à un savoir-faire pratique.

⁴¹ La dimension cognitive réfère aux connaissances et croyances de la personne ; la dimension affective prend en compte les sentiments ; la dimension conative concerne les intentions.

pour justifier cet engagement individuel : « [En faisant du bénévolat,] je suis connue dans le quartier » (Françoise), « Je fais du bénévolat pour occuper mon temps » (Jacques). La composante conative est présente dans le discours d'une répondante : « On a été élevé à aider les autres » (Françoise).

Pour Normand, son engagement bénévole lui octroie certains avantages économiques :

Je travaille bénévolement à la Maison du partage. J'ai droit à la nourriture gratuitement. Je ne paye pas les trois dollars pour mon panier et je peux manger gratuitement à midi. Tout cela parce que je fais du bénévolat. (Normand)

Nous noterons que l'engagement bénévole de nos répondants est multiforme et plurifonctionnel. Certains de nos répondants s'impliquent sur une base régulière au sein d'un organisme communautaire. C'est le cas de Françoise qui passe plusieurs heures par semaine dans les bureaux du Comité des personnes assistées sociales de Pointe-Saint-Charles. Elle est entièrement dévouée à la cause et aux objectifs de l'organisation. D'autres s'engagent de façon plus ponctuelle en fonction des besoins communautaires et, ou de leur disponibilité.

Je donne parfois un coup de main parfois [à la Maison du partage d'Youville...] Si j'arrive et que je m'offre de moi-même, ils sont contents que tu viennes les aider. (René)

Je fais des fois des montages de photos pour le Centre d'aide pour les assistés sociaux. Mais, je fais cela quand ma santé le permet. (Jacques)

Nous pouvons également rappeler que la plupart des personnes interviewées nous ont parlé d'entraide entre les habitants :

Actuellement, dans mon état, je suis encore capable de donner de mon temps pour essayer d'améliorer la situation d'un autre. Parce que moi, on m'a aidé dans le passé, donc j'aime aider les autres. (Françoise)

Certaines personnes mentionnent également qu'elles cherchent à s'informer sur ce qui se passe dans le quartier et plus spécifiquement autour de thématique concernant certains réaménagements urbains. D'autres participent à des ateliers de formations au Carrefour d'éducation populaire. C'est le cas de René qui est inscrit entre autres au cours d'alphabétisation, de chants et de cuisine.

Les gens trouvent très bien que je suis là dans ce cours [Groupe d'alphabétisation du Carrefour d'éducation populaire]. Ils trouvent cela très bon. Ils disent que c'est merveilleux que je sois là. (René)

L'ensemble des conduites responsables de soi et des autres semble faire exclusivement référence à l'environnement « social et communautaire ».

Les conduites responsables à l'échelle du quartier sont composées de multiples gestes propre à éviter toute pollution et dégradation inutile de l'environnement. Comme nous l'avons déjà mentionné précédemment, on observe d'ailleurs auprès de tous nos répondants une sensibilisation importante au respect de l'environnement et des craintes d'ordre sanitaire.

C'est important de respecter notre environnement au niveau du quartier. Tu ne le respectes pas si tu laisses [par exemple] tes vidanges toutes déchirées dans la rue. (Sylvie)

Ce qui est important dans l'environnement, c'est surtout de respecter l'endroit où tu vis. (Jacques)

Nous avons signalé précédemment que la propreté dans les rues du quartier et dans les parcs était un des points importants pour les personnes interviewées. Ces dernières nous parlent principalement du recyclage. La plupart d'entre elles estiment faire leur part en faisant du recyclage, d'autres reconnaissent leur limite. Mais, dans tous les cas, c'est presque devenu une pratique courante, une habitude.

Moi, je suis un recycleur. Si quelqu'un jette un papier devant moi, je lui dis gentiment et poliment de ne pas faire cela devant moi. Je lui dis qu'on peut recycler son bout de papier. Si c'est une canette d'aluminium, je dis la même chose. Je tiens toujours le même discours. (Michel)

Dans le métro, des fois quand j'arrive je vois parfois des papiers à terre. Je les ramasse [...] et je vais le mettre dans la place où il faut mettre le papier. (Sylvie)

Nous noterons que de nombreux facteurs influent aussi sur la volonté de recycler. D'une part, nous pouvons sans doute penser aux campagnes de promotion et d'information. Mais étonnamment, aucune des personnes rencontrées n'y fait directement allusion. L'Éco-quartier qui a théoriquement dans ses missions la sensibilisation au recyclage est mentionné par une seule des personnes interviewées. D'autre part, la mise en place

d'infrastructure peut facilement influencer la collecte des matières recyclables. Deux de nos répondants abordent ce point en nous signalant :

Les condos sont toujours plus propres que les HLM. Nous, on a un seul bac de recyclage pour les dix logements. Ce qui fait que c'est souvent plein. On finit alors par jeter à la poubelle au lieu de recycler. (Jacques)

Je mets beaucoup d'attention sur le recyclage. Mais, la Ville devrait peut-être aussi donner aux logements sociaux de grands bacs verts sur roulettes. Cela aiderait (Lise)

Ces commentaires illustrent en partie certaines données canadiennes (Babooram et Wang, 2007) qui montrent entre autres que si le niveau de revenu a peu d'incidence sur le comportement de recyclage, on observe toutefois des différences quant au niveau d'accessibilité et d'infrastructure disponible selon le type de logement.

En dehors du recyclage, nous avons vu que la propreté est un thème central tant dans la représentation de l'environnement que dans les conduites environnementales.

Cet été, je me suis acheté une petite gratte et je nettoie mon petit coin en face chez moi. C'est là où on met notre recyclage. Il y a un arbre là. Je vais toujours nettoyer ce coin-là parce que je trouve que la propreté dans le quartier est quelque chose de très important. (Sylvie)

Nous noterons aussi dans certains discours une sorte de déresponsabilisation des personnes qui s'en remettent à la Ville pour les questions de propreté.

La propreté est un vrai problème. Les employés de la Ville ne passent pas assez souvent les balais dans la rue. Cela prend beaucoup de temps avant qu'ils ne viennent ramasser les déchets sur la rue. Cela traîne beaucoup [...] Pourquoi est-ce qu'on devrait voir traîner des déchets ? (Lise)

Nous avons signalé précédemment dans ce chapitre (point 5.1.2.1) qu'il y avait de nombreux problèmes de propreté et de dégradation du mobilier urbain liés le plus souvent à des comportements « inciviques » de voisinage comme les déchets que les personnes laissent dans la rue ainsi que les graffitis. De tels comportements « antisociaux » ou d'« incivilité » ont été signalés dans le discours de plusieurs personnes rencontrées lors de nos entrevues individuelles et confirmés dans notre entrevue de groupe.

Les conduites responsables à l'échelle globale dépassent le cadre de la rue et du quartier. Elles sont très peu présentes dans le discours des personnes rencontrées lors de nos entrevues individuelles et de groupe.

5.1.4 Le logement

Le logement constitue un environnement particulier, privilégié. C'est le lieu de vie, à proprement parler. Il façonne l'identité de la personne. Lors de nos entrevues individuelles et de groupe, nous avons questionné les personnes sur leur logement : sentiment de satisfaction ou d'insatisfaction, perception qu'elles ont de leur logement, etc. Il s'agissait pour nous de cerner l'importance du logement sur la vie des personnes, et plus spécifiquement sur leur santé.

Quand les personnes parlent de leur logement, il est toujours présenté de façon descriptive en énumérant les différentes pièces et en identifiant la fonction de chacune.

Moi, j'habite dans un trois et demi. J'ai ma cuisine, ma salle à dîner, ma chambre, mon salon et ma salle de bain. Je paye 235 \$ par mois de loyer. J'ai un balcon à l'arrière et un balcon à l'avant. Je peux donc m'asseoir soit à l'arrière, soit à l'avant. Je n'ai pas de problème particulier dans mon logement. (Marie-Josée)

Quand tu rentres dans mon logement, d'un côté tu as la grande chambre de bain. La chambre de bain est à gauche. Ah oui, le plancher est en bois franc, en plaquetterie ; la chambre de bain est en céramique, et la cuisine est en tuile. [...] De l'autre côté, tu as une grande salle de storage avec des étagères pour mettre des choses. La cuisine est en « U ». Cela veut dire que tu as ton lavabo, ton comptoir, ton frigidaire, un petit mur, une armoire pour ton épicerie, ton four encastré, ta plaque chauffante, et une autre petite armoire, et un autre petit comptoir. Tu as une grande garde-robe en face de ça. Juste à côté, tu as une grande chambre. Quand je te dis grande chambre, cela correspond à quatorze pieds par dix. Et puis, tu as une fenêtre qui tombe sur le balcon dans ta chambre. Si tu continues, tu arrives dans un grand grand espace où tu as ta salle à dîner et ton salon. Là, tu as deux grandes fenêtres et la porte du balcon. (Françoise)

Les logements occupés par les personnes défavorisées dans le quartier Pointe-Saint-Charles recouvrent une diversité de formules : les logements sociaux administrés par l'Office municipal, les logements gérés par des coopératives et des organismes sans but lucratif, les logements adaptés pour des personnes en pertes d'autonomie et finalement

les logements loués sur le marché privé. Dans cette diversité, nous notons qu'un seul de nos répondants nous dit avoir accès à une allocation au logement. Ce type d'aide permet de compenser le coût locatif plus élevé dans le secteur privé, mais cela se limite seulement à une « solvabilisation » temporaire. Le logement occupé par cette personne est dépendant de cette allocation.

Le logement est apprécié au travers de la charge financière qu'il représente. Celle-ci est un élément qui est au coeur des préoccupations des personnes rencontrées. Elle varie évidemment en fonction du type de logement que la personne occupe. Une fois le loyer déduit des revenus, le « reste à vivre » pour payer tous les frais de subsistance, pas seulement l'alimentation, joue un rôle important sur la qualité de vie des personnes. Les quelques citations de nos répondants repris ci-dessous mettent en lumière cette disparité entre les loyers. La question du « reste à vivre » est aussi largement abordée : « Je ne paye pas cher mon logement. J'ai plus d'argent pour la nourriture. Je suis moins serrée. Je n'étouffe pas ».

Je paye 400 \$ par mois pour un tout petit logement. C'est un 1 1/2⁴². Et je dois encore payer l'électricité en plus ! Et en plus, j'ai seulement l'équivalent du bien-être social, plus un peu de rentes de travail parce que j'ai été travaillé un peu. (René)

Mon logement est très grand. [...] J'ai de la chance. J'habite dans un OSBL. J'ai un loyer moins cher. Je paye seulement 238 \$ par mois et c'est chauffé et éclairé. En fait, je paye 25 % de tes revenus. (Lise)

Je suis chanceuse d'avoir un logement dans une coopérative. Ce qui est important pour moi, c'est que je ne paye pas cher. Pour moi, le loyer, le chauffage et l'électricité, tout est compris dans ce que je paye. Pour ce que je paye, 248 \$ par mois tout compris, je trouve ça pas cher. Ce qui fait que je peux me payer mes autres affaires sans trop de difficultés à comparer à quelqu'un qui a juste le bien-être social et qui loue un logement privé. Je peux donc me payer le téléphone, le câble [accès à plusieurs chaînes de télévision]. Cela me donne aussi plus d'argent pour passer mes commandes de nourriture. Je suis moins serrée. Je n'étouffe pas. Ce n'est pas si pire. (Sylvie)

Si tu paies 550 \$ de loyer, avec quoi tu vis quand tu n'en reçois que 800 par mois ? Pas de câbles, pas de télé, pas de char... Tu dois couper quelque part. Tu n'as pas le choix de devoir couper quelque part. (Françoise)

⁴² Au Québec, la grandeur d'un logement s'exprime avec des chiffres. Le chiffre correspond aux nombres de pièces dans l'appartement, le 1/2 représentant la salle de bain.

Même, si je paie 25 % de mes revenus pour mon loyer, j'ai en plus des comptes indépendants que je dois payer comme le téléphone et autres. Ce qui fait qu'il me reste à la fin seulement 50 \$ par mois pour vivre. (Jacques)

Comme nous pouvons le constater, pour plusieurs de nos répondants, l'impression d'être mis en difficulté à cause du coût du logement est évoquée. Le fait de dépenser une part importante de son revenu sur le logement constitue un facteur qui affecte la santé des personnes par le manque d'argent disponible pour d'autres nécessités. Un de nos répondants nous dit :

Il y a beaucoup de problèmes de santé dans le quartier Pointe-Saint-Charles. C'est parce qu'il n'y a pas beaucoup de logements sociaux. Il y en a de moins en moins. Il y a des logements dans le quartier qui se louent jusqu'à 1100 \$ par mois. Il ne te reste alors plus rien pour prendre soin de toi. (Lise)

Nous reviendrons sur ce point dans la section qui aborde les liens entre l'environnement et la santé.

La plupart de nos répondants abordent la question de l'accessibilité financière à un logement dans le quartier. D'ailleurs, plusieurs organismes communautaires considèrent le développement du logement social comme enjeu majeur pour un avenir proche dans le quartier. Certaines des personnes interviewées ont dû attendre plusieurs mois avant d'obtenir une place dans un logement social et, ou connaissent des amis qui se heurtent à des difficultés pour se loger. Remarquons au passage que le quartier Pointe-Saint-Charles compte plus de 2500 unités de logements sociaux, environ le tiers des immeubles du quartier. Il s'agit là de la plus forte concentration au Canada sur un territoire semblable (Senégal, 2005).

C'est comme je te dis, pour améliorer les choses, il faut construire des logements pour les personnes à faibles revenus. Il faut qu'il y ait plus de logements pour ces personnes-là. Parce qu'il y a du monde qui reste dans des logements ou quand ils payent leurs loyers et leurs petits comptes, il ne doit pas rester grand-chose pour tenir le mois. Il y en a bien qui doivent même voler pour pouvoir manger. (Gilles)

Il faudrait que la Ville fasse des logements pour les gens qui ont l'aide sociale, comme là où je demeure. Il n'y a pas bien bien des logements sociaux ici dans le quartier. Puis, il y a aussi une grosse liste d'attente, tu sais. Il y a beaucoup de gens qui ont fait la demande et qui n'ont pas de logement. (Normand)

Moi, je me suis retrouvée sans abri pendant six mois. La Ville de Montréal m'avait classée comme la 150^{em} personne sur leur liste pour avoir un logement social. Et puis, j'étais dans la rue ! Il n'y avait pas de logements sociaux [disponibles]. (Françoise)

Le logement, c'est bien sûr la qualité du cadre de vie des personnes. C'est d'abord un espace personnel, un lieu qui permet de préserver une certaine intimité. C'est le premier espace vital de toute personne. Cela se marque dans le discours des personnes interrogées par « mon chez moi » qui exprime bien la sphère privée. Le logement est aussi l'abri et l'habit : « C'est mon toit », « Je suis confortable dedans ». Il est aussi pour la majorité de nos répondants l'objet d'un investissement affectif, d'un attachement. Celui-ci s'exprime entre autres par : « Je suis bien chez moi », « Je suis assez content de mon logement ».

C'est mon chez-moi. J'ai un beau logement et puis je n'ai pas envie de quitter mon logement. Je suis vraiment confortable dedans. (Sylvie)

C'est important d'avoir un chez-soi. Oui, c'est important. Mon logement, c'est mon toit. Puis, quand j'arrive tous les premiers du mois, je m'arrange toujours pour payer mon loyer pour ne pas perdre mon logement et me ramasser dans la rue. Ça, c'est important. [...] Je suis bien chez moi. Je suis très bien (Normand)

C'est quand même important d'avoir un toit. C'est important de ne pas être dans la rue non plus. Je suis quand même assez content de mon logement. [...] Au prix que je paye, je ne demande pas aussi à avoir un château. Mais, ce n'est quand même pas pire. C'est quand même important d'avoir un logement où l'on est bien. (Marc)

Au sein même de leur logement, quelques personnes mentionnent un espace spécifique de bien-être, un coin refuge où l'on se sent bien.

Pour moi, ce qui est bon, c'est d'être dans ma cuisine et regarder ma télévision. Oui, pour moi c'est ça. C'est ma seule place. C'est mon petit coin dans ma cuisine. Ce qui fait que je suis assis et j'écoute ma télévision. Je peux boire mon café et fumer une cigarette. J'aime bien cela. (Normand)

Un nombre de caractéristiques propres au logement pourraient jouer un rôle sur la qualité du cadre de vie. Parmi celles-ci, nous signalerons le type d'immeuble, l'étage où se situe le logement, la dimension du logement et la satisfaction personnelle quant au logement. Si un certain nombre d'études ont montré la faible influence de tels facteurs sur la santé (Moloughney, 2004), nous pouvons constater cependant que la plupart de

nos répondants font écho à de telles caractéristiques et les considèrent comme importantes. La majorité des personnes interviewées se déclarent satisfaites de leur logement et nous disent y être bien. Elles apprécient les commodités qu'il offre, sa localisation dans le quartier et sa taille. Certains logements tenus par des organismes à but non lucratif ont été rénovés. Cela explique que des bâtiments soient parfois équipés d'ascenseurs et d'une salle communautaire.

Je suis quand même chanceux d'avoir l'appartement que j'ai. C'est quand même important d'avoir un logement ayant une certaine qualité. (Marc)

J'ai un beau logement. J'ai plein de commodités qui sont comprises dans mon logement. J'ai mon propre chauffage. Si j'ai froid, c'est de ma faute à moi, car je n'ai qu'à monter le thermostat. J'ai ma propre tique d'eau chaude. Si elle lâche, j'appelle et ils viennent la changer. Tout est bien. [...] On est bien situé. On a un beau petit balcon dehors. On a une bonne vue d'ensemble sur Montréal et sur la montagne. L'appartement est suffisamment grand pour nous. On est que deux dedans. (Gilles)

J'ai un beau petit logement. J'aime bien ça. C'est quand même un grand trois et demi que j'ai. C'est immense. Puis même, je trouve que c'est trop grand pour moi tout seul. (Normand)

Pour moi, le point le plus important est de savoir où le logement est placé. Mon logement est très bien placé. Je suis à proximité de mon « dîner à un dollar ». Je suis à proximité de mon coiffeur. Je suis juste à côté du métro. Si je veux aller faire mes courses au magasin Maxi, je prends le métro. Je descends à la station suivante : Lasalle. Je prends mes choses. Je reviens à la maison. C'est vraiment super. (Michel)

Dans un cas, la petitesse du logement ne permet pas à la personne d'aménager et de s'approprier cet espace où vivre. L'investissement de la personne dans son logement semble surtout dépendre des caractéristiques physiques de celui-ci. René occupe un logement où tout est concentré dans une seule pièce. Le logement remplit pour ce répondant, la seule fonction de dortoir. René va manger tous les jours au restaurant social du quartier et ne cuisine jamais. Il nous dit :

Mon logement, C'est... [Silence] C'est la moitié de la pièce ici. Il n'y a pas grand-chose à faire là-dedans. Disons que bien des fois, je vais là juste pour me coucher. Et dès que je peux, je sors de mon logement. Je sors. Je pars souvent ici ou là-bas. Je ne passe pas du temps dans mon logement pour le moment. Mais, si j'avais un logement qui n'était pas pire du tout, là ce serait peut-être une autre affaire. Aussi le propriétaire devait faire des travaux. Mais, il ne les fait pas. (René)

Avec des revenus très faibles, nous pouvons supposer que les logements du parc privé occupés par des personnes défavorisées sont plus souvent de petite taille que dans le parc social.

Il n'y a aucun doute que le besoin d'un toit constitue un besoin fondamental pour tous nos répondants, et la crainte de le perdre est bien présente chez certains :

Je paye mon loyer pour ne pas perdre mon logement. (Marie-Josée)

Je leur paye mon loyer et je n'ai jamais été en retard. J'ai même des documents qui montrent que je suis un locataire exemplaire, calme, tranquille, qui ne fait jamais de party et un très bon payeur. (Jacques)

Le logement a également une fonction d'ancrage à l'intérieur même du quartier Pointe-Saint-Charles. C'est un lieu d'enracinement qui assure une certaine stabilité. À titre d'exemple, Marie-Josée nous dit :

La Ville de Montréal va me trouver un autre logement plus grand puisque mon fils sera bientôt avec moi. J'ai parlé avec le propriétaire. [...] Il m'a demandé si cela me dérangeait de déménager sur la rue Charron. Je lui ai dit non, que cela ne me dérangeait pas. Mais, je lui ai dit que je ne voulais absolument pas déménager en dehors de Pointe-Saint-Charles parce que j'ai mon médecin ici, mon intervenant social et je ne veux pas changer de clinique. [...] Pour moi, déménager en dehors de Pointe-Saint-Charles, c'est non. (Marie-Josée)

Quelques-uns de nos répondants s'expriment au sujet de la sécurité de leur logement, de la qualité protectrice de l'habitat. Cette dimension sécuritaire englobe la demeure et l'environnement immédiat.

Mon logement est [...] dans] une bâtisse sécuritaire ou ce que tu dois sonner l'Intercom pour te faire sonner en haut. Si tu viens chez moi, tu sonnes, et moi je te réponds « oui », et puis je sonne pour te faire entrer dans la bâtisse. (Françoise)

Je reste au troisième étage. J'ai toujours voulu rester au troisième étage. [...] En habitant au troisième étage, je me sens plus en sécurité. C'est le dernier étage. Il n'y a personne qui passe devant ta porte. (Sylvie)

La sécurité est surtout abordée sous l'angle de la sécurité des biens et des personnes plutôt que celle liée aux risques d'accident dans le logement. Il s'agit bien sûr du sentiment d'être protégé de l'extérieur, de disposer d'un lieu où l'on se sente non

seulement pas menacé, mais à l'abri. Cette protection renvoie à une fonction qui évoque la tranquillité et rassure face aux instabilités de l'extérieur.

Une seule personne nous parle du risque de passer à travers le plancher (pourri) de son balcon. L'absence apparente de cette préoccupation dans nos entrevues individuelles ne signifie sans doute pas que les personnes rencontrées en sont peu soucieuses. Elle peut tout simplement témoigner du sentiment que la sécurité physique des personnes liée aux risques d'accident dans leur logement relève essentiellement des comportements de chacun, c'est-à-dire de la personne et du lieu dans lequel elle vit.

Quelques personnes interrogées nous parlent d'une insécurité autour de leur logis, qui inclut les inconduites, les petits désordres sociaux, les incivilités. C'est la sérénité de la cohabitation spatiale entre les êtres et de la co-occupation d'un immeuble qui sont affectées : les problèmes de voisinage, la saleté des espaces communs, le bruit du voisin... Autant de comportements constituant une gêne sociale qui sont plus ou moins évoqués par plusieurs de nos répondants et qui peuvent créer le climat général, le « fond » de l'insécurité vécue ou ressentie.

Il y a tous les problèmes de voisinage dans les coopératives. Il y a beaucoup de conflits. Moi, je fais juste mes petites affaires de mon côté. Avec la voisine d'en face, je ramasse son bac de recyclage et elle ramasse mon bac. On s'aide de même. Mais, les autres... Moi, tu sais, je fais mes affaires. Je ne me mêle plus des affaires des autres. Il y a aussi le chien du voisin de l'autre bord, il jappe beaucoup été comme hiver. Mais, à part cela, je me mêle juste de mes affaires. (Sylvie)

Je ne sais pas ce qui se passe dans le bloc, mais les gens changent tout le temps... Je ne suis pas souvent là. Mais, je peux te dire qu'il se passe bien des affaires dans mon bloc. C'est pour cela que j'ai demandé à être enlevé de là. J'attends... (Marc)

J'ai des problèmes avec une voisine qui est très très très harcelante. [...] J'ai été obligée d'être violente avec ma voisine jusqu'à la frapper. Je n'avais plus la paix. Elle me harcelait depuis quatre ans. J'ai dû la frapper. Et ce n'est pas mon caractère ! (Lise)

Jacques parle des menaces d'agressions et des actes d'incivilités dans son habitat ou son environnement proche. Il évoque les relations de voisinage indésirable. Du tout-venant. De l'altérité. Des relations de voisinage imposées par le fait qu'il habite un logement social, à quoi s'ajoute un sentiment d'impuissance par rapport à cet entourage.

Le manque d'insonorisation ne permet pas de se soustraire au va-et-vient dans l'immeuble. Cette transparence sonore est vécue comme fatigante, ne permettant pas d'avoir une tranquillité.

Il y a beaucoup de consommation dans mon coin. Moi, j'habite dans un bloc avec dix logements. Il doit au moins y avoir sept locataires qui consomment comme en party. [...] Il faudrait qu'on enlève le vendeur [de drogue] du bloc. C'est fatigant le « boum boum » de dix heures du soir à quatre heures du matin. Toutes les dix minutes, il y a des gens qui montent, qui descendent dans les escaliers, qui claquent la porte. J'entends tout. Je trouve qu'il devrait aller vendre ailleurs. [...] La cour en arrière de mon logement n'est pas entretenue. Il y avait dernièrement quarante-deux sacs de vidanges pendant plusieurs mois qui sont restés là. Le bloc n'est pas entretenu. Il y a des gros trous dans les murs. C'est plein de saleté dans les couloirs. Quand tu rentres chez moi, les gens me disent qu'on dirait un condo. Mais, c'est parce que j'ai tout peinturé chez moi. [...] Si tu sors de mon logement, tu oublies cela. Les portes sont sales. C'est plein de saleté. Je n'ai pas besoin quand je rentre chez moi d'avoir de la saleté partout et des sacs de vidanges. J'ai besoin d'avoir un logement où je me sens bien [...] J'essaye de me battre avec la Ville pour avoir un transfert de logements. (Jacques)

Bien entendu, cette insécurité suscite des émotions palpables dans le discours de Jacques. Vivre dans un logement dégradé nuit à l'image que la personne a d'elle-même. Les problèmes évoqués par ce répondant touchent en partie à des questions de gestion d'immeuble et ils sont enchevêtrés à des agissements et comportements individuels. Par exemple : derrière les ordures visibles, il y a certes quelqu'un qui ne les a pas enlevées, mais il y a d'abord (au sens chronologique) quelqu'un qui les a déposées.

Nous constatons que les inconvénients les plus souvent évoqués par les personnes interrogées concernent les relations difficiles de voisinage et qui induisent un sentiment d'insécurité. C'est une constante qui mécontente un peu plus du tiers de nos répondants.

Signalons qu'une seule des personnes interviewées mentionne l'absence de contact avec ses voisins :

Je suis dans un bloc d'appartements. Je vois les gens. Il y a des gens que je ne connais même pas. Je ne suis pas capable de dire sur quel plancher ils restent. Je ne serais pas le dire. Pourtant, cela fait trois ans que j'habite là. Je ne connais presque pas de monde. Et dans ma bâtisse, il n'y a que 27 logements. (Françoise)

D'autres facteurs relatifs à l'état physique du logement contribuent aussi au mal-être des personnes. Quelques-uns de nos répondants évoquent des problèmes d'humidité, de champignons de moisissure et de poussière. Ces nuisances se cumulent donnant une impression d'insalubrité. Les personnes les associent avec des problèmes respiratoires chroniques : « J'ai de l'asthme », « Tu étouffes tout le temps ».

Cela fera cinq ans que le toit coule. J'ai probablement des champignons dans le tapis de mon appartement et je suis déjà asthmatique. [...] Donc, je me retrouve avec des champignons et probablement de la moisissure. [...] Et c'est un véritable problème pour moi parce que j'ai de l'asthme. J'ai placé mon lit de sorte que quand il pleut cela ne touche pas mon lit. (Note : elle dessine le plan de sa chambre.) (Lise)

C'est important d'avoir un bon logement, bien entretenu par le locataire et par le propriétaire, pour sa santé. Si tu vas te coucher sur le bord et puis que tu respirez de la moisissure ou que tu respirez de la poussière au maximum, tu ne t'endormiras pas vite et tu vas étouffer tout le temps. J'ai connu cela. (Françoise)

D'autres aspects négatifs liés au logement sont mentionnés moins fréquemment comme l'infestation de coquerelles et les planchers pourris.

Si vous venez chez moi, vous verrez que c'est plein de coquerelles. Je lève mon assiette et c'est plein de coquerelles. J'ai dû me battre pour qu'ils viennent enfin réparer mon plancher de chambre et mon balcon pourri. Ils viennent de refaire mon balcon cet été ainsi que le plancher de ma chambre. Mais, c'était pourri, pourri, pourri. Je ne pouvais même pas aller sur mon balcon de peur de passer à travers. Il faut tout le temps se battre avec l'Office municipal. (Jacques)

Nous pouvons souligner la disparité des situations vécues et mentionnées par les personnes interviewées. Le tiers de nos répondants mentionnent être exposés à des nuisances qui souvent se cumulent et habitent un logement qu'ils qualifient de mauvaise qualité. Les autres personnes apparaissent peu ou pas confrontées aux nuisances ou à un logement en mauvais état. Elles ne pensent pas que leur santé soit aujourd'hui menacée dans leur foyer.

À part évidemment la pollution qui rentre de l'extérieur, tout est beau. Il n'y a rien qui peut être méchant pour ma santé dans mon logement. J'entretiens mon logement justement pour qu'il n'y ait pas de problème. (Sylvie)

Il n'y a pas grand-chose de mauvais dans mon logement. Mais, dans un autre logement si quelqu'un ne l'entretient pas correctement, il peut alors y avoir beaucoup de poussière. Cela n'est pas bon pour ta santé parce qu'alors tu respirez la poussière. (Gilles)

Nous avons pu constater que plusieurs de nos répondants font parfois référence à un ami ou une connaissance qui habite un logement délabré qui se situe dans le quartier.

Mon frère, il habite un logement privé dans le quartier. Il y a de la moisissure dedans. C'est sûr qu'il risque d'être malade à cause de la moisissure. Il risque de faire de l'asthme. C'est ça. Si les gens ne prennent pas soin de leur logement en plus, c'est sûr que cela risque de te rendre malade. (Sylvie)

Le terme « entretien » est repris par plusieurs des répondants et est associé à la propreté des lieux : « il faut que tu époussettes tous les deux jours ». La qualité sanitaire du logement exige un entretien régulier du locataire, ainsi que la réalisation de réparations mineures et majeures par le propriétaire au fur et à mesure que les défauts apparaissent.

Là où est localisé mon appartement, j'ai plus de poussière et donc plus d'entretien à faire. Il faut que tu époussettes tous les deux jours. [...] Si moi je n'époussette jamais et que je ne nettoie jamais, ce n'est pas la faute du propriétaire. Et si j'ai de la misère avec quelque chose, c'est de ma faute à moi. [...] Moi, je trouve que c'est important d'avoir un bon logement, bien entretenu par le locataire et par le propriétaire, pour sa santé. (Françoise)

Cette question de propreté du logement fait référence à la notion d'hygiène. L'hygiène domestique est un élément important. Elle fait aussi référence entre autres à l'absence d'odeur désagréable.

C'est important que ce soit propre chez toi parce que la propreté c'est l'hygiène. C'est comme nous autres. Si on n'est pas propre sur nous autres, on n'a pas une bonne hygiène. Si tu ne nettoies pas les dégâts du chat, un moment donné cela va sentir dans ton appartement. (Sylvie)

Nous noterons au passage que la majorité des personnes rencontrées dans nos entrevues individuelles ont un animal domestique : chat ou chien.

Enfin, il nous paraît important de mentionner cette citation de Françoise qui résume bien ce qu'est un « bon logement »

Un bon logement, c'est là où il n'y a pas de trous dans les murs, où l'air n'entre pas comme si tu avais ta fenêtre ouverte en hiver, où il n'y a pas d'humidité et pas de moisissure partout, où ce n'est pas plein de coquerelles, de souris et de rats, où il n'y a pas plein de trous dans les planchers. C'est cela un bon logement... À un prix raisonnable ! (Françoise)

L'encadré 3 synthétise les principaux éléments de discours des personnes interrogées. Nous les avons structurés autour de quatre thèmes émergents : le coût, la qualité du cadre de vie, l'espace personnel et intime, les problèmes.

Encadré 3 – Le logement

Logement – le coût

- ↳ Je ne paie pas cher
 - ↳ Je suis moins serrée. Je peux passer une plus grosse commande de nourriture - « Reste pour vivre »
- ↳ Il faut plus de logements sociaux

Logement – la qualité du cadre de vie

- ↳ Mon logement est de qualité
 - ↳ Son confort - J'ai plein de commodités
 - ↳ Sa localisation - Mon logement est bien situé
 - ↳ Sa taille – J'ai un grand logement
 - ↳ Son organisation intérieure -
 - ↳ Sa sécurité contre le vol - Ma bâtisse est sécuritaire

Logement – l'espace personnel et intime

- ↳ C'est mon chez-moi
- ↳ C'est mon toit
- ↳ Je suis confortable dedans
- ↳ Je suis bien
- ↳ Je vais juste pour dormir (trop petit comme logement)

Logement – les problèmes

- ↳ Voisinage
 - ↳ Bruit
 - ↳ C'est fatiguant les gens qui montent et descendent les escaliers
- ↳ Bio-physique
 - ↳ J'ai de la moisissure
 - ↳ C'est un problème, car je suis asthmatique
 - ↳ Si tu respire de la poussière, tu étouffes

5.1.5 Synthèse - Une typologie de l'environnement

Les représentations de l'environnement résultent d'une construction personnelle, influencée par de multiples facteurs comme les connaissances de l'individu sur le sujet, son accès à l'information, sa vision des enjeux, son histoire de vie, mais aussi par sa

perception sensorielle (Roussel, 2007). L'analyse des éléments de représentation sociale de l'environnement recueillis auprès des personnes interviewées permet d'élaborer une catégorisation qui s'inspire du modèle de Sauvé (1992, 1994) dans le cadre de ses travaux en éducation relative à l'environnement. Nous pouvons cerner six représentations types de l'environnement, inhérentes à la population étudiée. Elles sont présentées comme complémentaires l'une par rapport à l'autre. D'abord, des éléments de représentation de l'environnement humain (identité, solidarité, entraide) font référence à l'importance de la vie communautaire. Certaines valeurs, telles que les forts sentiments d'appartenance et d'attachement au quartier sont largement observées auprès de la population que nous avons rencontrée lors de nos entrevues. C'est cet environnement « social et communautaire » qui occupe la place la plus importante dans le discours et les préoccupations des personnes. On note aussi une sensibilisation à la dimension bio-physique de l'environnement : l'environnement « problème » est très souvent mentionné par nos répondants. Ce sont surtout les différents aspects de la pollution dans le quartier qui y sont signalés. Cet environnement « social » et cet environnement « problème » se retrouvent aussi dans le discours de nos répondants concernant le logement. Enfin, nous constatons qu'au niveau du quartier, la dimension sociale de l'environnement renvoie à la solidarité entre les êtres alors qu'au niveau du logement, le discours des personnes rencontrées met plutôt en lumière la difficulté de la cohabitation entre les êtres.

Les six catégories représentationnelles sont les suivantes :

- 1) L'environnement « social et communautaire » : celui de la vie dans le quartier ; celui qui fait référence au sentiment d'appartenance et à l'attachement au lieu, celui de la solidarité entre les personnes.
- 2) L'environnement « problème » : celui, avant tout, de l'environnement bio-physique, support à la vie ; celui qui est menacé par les pollutions, les nuisances et les détériorations dues à l'activité humaine.
- 3) L'environnement « nature » : celui qui renvoie aux parcs, aux espaces verts ; celui qu'il faut apprécier, respecter, préserver ; celui qui fait du bien,
- 4) L'environnement « espace de vie public » : celui qui est partagé par l'ensemble des citoyens ; celui qui comprend les installations publiques et collectives.

- 5) L'environnement « décor » : celui qui nous entoure et qui est beau ; celui qu'il faut embellir.
- 6) L'environnement « déterminant de la santé » que nous détaillerons et modéliserons au point 5.3 de ce document.

La figure 4 met en évidence les éléments et sous éléments principaux du champ représentationnel de l'environnement ainsi que le rapport que l'ensemble des personnes interviewées entretiennent pour chaque catégorie. La proportion relative de chaque catégorie prend en compte d'une part l'ordre d'énumération dans le discours des personnes et l'importance donnée aux différentes catégories d'environnement⁴³. Elle permet de considérer la part qu'occupe chaque catégorie d'environnement dans le discours des personnes. L'environnement « déterminant de santé » occupe une place centrale et transversale. Il se retrouve dans toutes les autres catégories.

Les représentations de l'environnement induisent certaines formes de conduites qui en retour influencent ces mêmes représentations. Les conduites environnementales mentionnées par nos répondants concernent prioritairement l'environnement « social et communautaire » et l'environnement « problème ». On peut observer que les dimensions cognitive, affective et conative des représentations sociales influencent l'agir environnemental des personnes. Nous avons aussi pu mettre en évidence l'importance de trois autres dimensions qui influencent également l'orientation de certaines formes de conduites : les intérêts sociaux, économiques et, dans une moindre mesure, environnementaux.

Cette synthèse met enfin en lumière certains liens avec la santé que nous aborderons plus spécifiquement dans l'une de sections suivantes de ce chapitre.

⁴³ Pour chaque catégorie d'éléments représentationnels, notre méthode consiste à (1) donner une note de 0 à 5 selon l'importance relative accordée par chacun de nos répondants, (2) compter le nombre d'unités du discours qui se rapportent à cette catégorie, (3) pondérer le total par rapport à 360 degrés. Nous n'avons pas pris en compte l'environnement « déterminant de la santé » vu sa position transversale dans le discours des personnes interviewées.

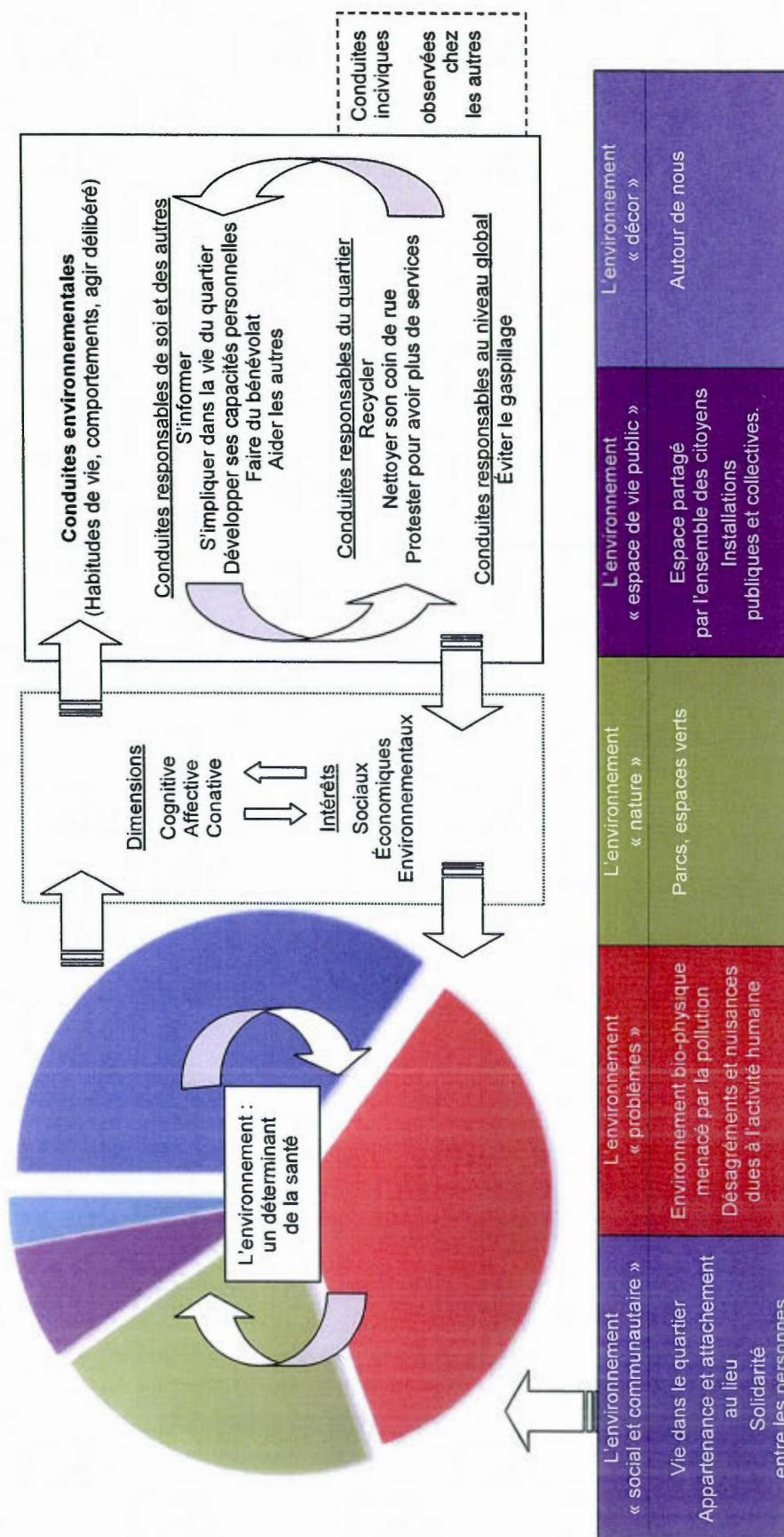


Figure 4 : Les catégories représentationnelles de l'environnement – Quartier Pointe-Saint-Charles

5.2 La santé

Dans cette section, nous présentons les principaux éléments du champ représentationnel de la santé chez les personnes interrogées dans le quartier Pointe-Saint-Charles. Ces éléments mettent en évidence l'approche essentiellement descriptive et factuelle⁴⁴ de la santé chez les répondants. Lors des entrevues individuelles, ceux-ci ont été invités à clarifier ce que signifie pour eux l'idée de santé, à nous indiquer quand ils estiment être en « bonne santé » ou encore à nous signaler de saines habitudes de vie, celles qu'ils adoptent et aussi celles qu'il faudrait adopter. L'entrevue de groupe a permis de valider les informations issues des rencontres individuelles.

L'analyse des verbatims montre toute la difficulté pour nos répondants de définir la santé.

Pour le mot santé, je ne sais pas quoi dire. Je n'ai vraiment pas de définition. J'essaie de voir dans ma tête ce qu'on pourrait dire dans le dictionnaire, mais je n'arrive pas à trouver. Non... C'est vraiment dur de définir ce mot-là. [...] J'ai un peu de misère à te répondre. (Marie-Josée)

Cette difficulté témoigne de la complexité de l'idée de santé. Dès lors, il peut être vain de vouloir traiter de la santé comme un concept unidimensionnel.

Dans la santé, il a tellement de choses. [...] Ce qui fait que tout est mélangé. (Françoise)

La santé, c'est un tout. C'est émotionnel, psychologique, physique. C'est tout. C'est un tout. Je ne sais pas comment vous dire cela. C'est plein plein de choses à la fois. (Lise)

Comme nous le verrons un peu plus loin dans notre analyse du discours, la santé est perçue de diverses façons : on peut la ressentir de manière négative, ou comme un état positif. Elle n'est pas normée. Elle peut être abordée sous l'angle du bien-être physique, psychologique. Elle peut être le résultat d'une absence : absence de maladie, absence de douleur. Il s'agit aussi d'une expérience ou d'un phénomène dont on est peu conscient. Comme l'exprime ce participant, c'est dans l'absence de santé qu'on en prend conscience. La santé nous rend insouciants de la santé.

⁴⁴ Le terme « descriptif » fait référence à l'identification d'aspects jugés caractéristiques et significatifs de la santé. Le terme « factuel » fait référence aux « faits » tels que perçus et aux expériences vécues et rapportées par les personnes.

Il faut perdre sa santé pour prendre conscience de ce que c'est être en santé. Quand on est jeune, on se considère souvent comme étant invincible. Il faut un moment perdre pour comprendre. On commence à comprendre quand on commence à vieillir. On commence à comprendre quand on a des problèmes de santé. (Michel)

D'une part, cette personne amène l'idée de « perdre quelque chose » et d'autre part, elle signale que la présence de « problèmes » conduit à réaliser ce qu'est la santé. La santé serait alors une sorte de vide (*santé vide*) pour reprendre le terme utilisé par Herzlich (2005, 1975), dont on a *a priori* pas ou peu conscience. Selon Michel, on prend conscience de ce qu'est la santé avec les problèmes et aussi avec l'âge. Dès lors, la perception qu'on a de la santé change avec le temps. Finalement, la santé ne serait donc pas un état. Elle serait quelque chose de plus dynamique dans le temps.

Notre analyse du système représentationnel relatif à la santé permet d'identifier plusieurs catégories thématiques que nous détaillerons ci-dessous et qui nous permettent d'affirmer qu'il existe une diversité d'éléments de représentation de la santé chez les mêmes personnes rencontrées lors de nos entrevues individuelles et de groupe, mais également une telle diversité est encore plus manifeste pour l'ensemble du groupe. Nous avons identifié deux types d'éléments distincts, mais aussi reliés entre eux : (1) les éléments qui permettent de caractériser la santé et (2) les conduites de santé. Cependant, nous devons admettre que de nombreuses conduites énoncées par nos répondants servent à caractériser la santé. C'est comme si la santé prend du sens à travers l'agir des personnes et inversement.

5.2.1 Principaux éléments de représentation de la santé

Dans le discours de plusieurs personnes, la santé se caractérise par la pluralité des registres qu'elle convoque, voire par sa polysémie. Les dimensions physique, psychologique, sociale et économique occupent des places stratégiques dans l'existence individuelle. Il s'agit d'un quadruple enracinement qui permet de mettre en évidence le fait que la préoccupation pour la santé est de nature transversale.

Les divers éléments de représentations de la santé chez les personnes interviewées sont apparus au fur et à mesure de la lecture des verbatims. Nous pouvons proposer sept catégories que nous allons préciser et illustrer avec les propos des personnes rencontrées lors de nos entrevues individuelles et de groupe : (1) la santé, pivot de la vie, (2) la santé, comme bien-être physique, (3) la santé, comme bien-être psychologique, (4) la santé, contraire de la maladie, (5) la santé, tributaire de la qualité de l'environnement, (6) la santé, tributaire des ressources financières, (7) la santé, une affaire personnelle.

5.2.1.1 La santé, pivot de la vie

Quand on interroge nos répondants au sujet de la santé, on constate d'emblée que celle-ci est très importante. Elle est directement liée à la vie et à la qualité de vie des personnes, touchant ainsi les aspects de l'existence qui sont affectés par une mauvaise santé.

La santé, c'est très important, mon chum ! [...] La santé, c'est la vie. Si tu ne fais pas attention, tu finis par crever. (Normand)

La santé, c'est vraiment ce qu'il y a de plus important. Je ne sais pas vraiment comment te décrire cela. Mais pour moi, c'est la santé qui fait vivre. (Michel)

En réalité, la santé est liée à la vie ordinaire comme si le caractère éphémère des choses et de nous-mêmes n'existait pas. On se comporte comme si la santé allait de soi, comme si la vie pouvait continuer indéfiniment dans sa quotidienneté. La santé paraît ainsi directement associée à la possibilité de poursuivre la vie quotidienne et amène aussi une reconnaissance sociale.

La santé, c'est ce qui fait vivre l'être humain. Si tu n'as pas de santé, comment veux-tu traverser la rue ? Si tu n'as pas de santé, comment veux-tu réussir ta vie ? Comment veux-tu te sentir aimé ? Comment veux-tu te sentir apprécié ? Si tu n'as pas de santé, tu deviens un miroir sans reflet. C'est sûr. C'est presque la mort alors. (Jacques)

Si on a la santé, on peut faire tout ce que l'on veut. Qu'est-ce que tu veux faire si tu n'as pas la santé ? Tu ne peux pas faire grand-chose. C'est important la santé ! [...] Si je n'étais pas en santé, ce serait quoi la vie ? Si tu n'as pas la santé, tu ne vois rien. C'est toujours comme noir devant toi. Cela ne donne rien d'être là. (Sylvie)

La santé, c'est ce dont on a besoin pour vivre. Si on n'avait pas de santé, on ne pourrait pas vivre. C'est un peu comme l'air. Si on n'avait pas d'air, on ne pourrait pas vivre. Pour moi, la santé on en a besoin. (Marie-Josée)

La santé est donc abordée comme une valeur de référence, une chose essentielle de la vie. Le fait d'être en santé développe un sentiment de vivre, sur lequel les personnes construisent leurs croyances sur la vie, sur la santé, sur elles-mêmes.

5.2.1.2 La santé comme « bien-être » ou « mal-être » physique

La santé physique est très largement évoquée par nos répondants. Nous pouvons mettre en évidence une dimension positive qui se traduit entre autres par « être en forme physiquement » et une dimension négative qualifiée par « absence de douleurs », « pas de fatigue ». Elle met l'accent prioritairement sur l'autonomie fonctionnelle et les capacités physiques de la personne. Les personnes interviewées en parlent en faisant allusion aux activités de la vie quotidienne, de la vie domestique, mais aussi en termes de mobilité, de liberté. La formulation « être capable de » est utilisée par de nombreux répondants.

La santé physique, c'est être capable de participer à de nombreuses activités. Si j'avais une santé physique, je pourrais faire des activités avec d'autres personnes ou simplement tout seul. [... Mais là,] il y a plein de choses que je ne peux pas faire. Je suis limité. (Jacques)

La santé, c'est justement quelqu'un qui est capable de pouvoir marcher, qui est capable de pouvoir manger, qui est capable de vivre sans être à l'hôpital. (Marie-Josée)

C'est important de se rendre fonctionnel. Je sais qu'un jour je vais être dans l'obligation d'être dépendante. Il y a un certain âge d'après ta santé ou tu as besoin de plus d'aide. Mon idée à moi, c'est de garder ma liberté et mon indépendance le plus longtemps possible. (Françoise)

Quand les personnes interrogées insistent sur l'importance de pouvoir mener leurs activités, ce n'est pas dans une perspective hédoniste de réalisation de soi, mais dans une optique plutôt utilitariste comme travailler. Blaxter et Paterson (1982) avaient déjà mis en évidence un tel rapport à la santé notamment auprès des mères défavorisées. Le

travail est ainsi retenu par plusieurs de nos répondants comme un signe de santé. Ce sont avant tout les aptitudes physiques qui sont signalées en premier. Pierret (1984) parlerait ici de « santé-instrument ». Le corps est approché en tant qu'un instrument donnant la capacité à travailler. Comme dans la chanson d'Henri Salvador : *le travail, c'est la santé*. Il est surtout une valeur fondamentale, concrète, à laquelle les personnes se rattachent volontiers, une marque d'indépendance, voire un critère de reconnaissance et d'utilité sociale.

La santé, pour moi c'est quelqu'un qui est capable... Quelqu'un qui peut travailler et faire tout ce qu'il a à faire est en santé. Je trouve que c'est cela la santé. Moi, je ne peux pas travailler à cause de ma santé mentale. Mais quelqu'un qui a la santé physique et mentale peut travailler. Moi, je ne peux pas soulever plus que 30 livres [équivalent à 13 kilos]. (Sylvie)

Si j'avais la santé, je serais en train de charger et décharger des vans [camionnettes - camions] dans une petite entreprise. Je pourrais ainsi mettre un peu d'argent de côté. Mais, oublie ça. (Jacques)

Pour moi, la santé, c'est pouvoir travailler. [...] Si le gouvernement se mettait un peu plus à investir en santé, il donnerait de l'ouvrage à faire. Le gouvernement, il ne fait rien pour la santé. Il faudrait faire travailler le monde. (Renée)

Moi, je me dis qu'il faut valoriser les gens en leur donnant du travail. Ça, ça va aider du côté santé. Si tu as un travail, tu es valorisé. Tu occupes tes journées. Tu es porté à moins t'isoler. (Françoise)

Les extraits de discours ci-dessus permettent d'identifier deux manières d'envisager la relation entre la santé physique et le travail : premièrement, la santé comme facteur de sélection par la santé (je ne peux pas travailler à cause de ma santé) ; deuxièmement, le travail physique comme opérateur ou constructeur de santé (le travail aide du côté santé). On peut également observer un arrimage entre le travail et le bien-être psychologique, ainsi que des liens directs avec le niveau de vie. En fait, si le travail est vu surtout comme activité physique concrète, il est également abordé par les personnes comme donnant un statut social et économique, et comme activité rythmant la vie quotidienne. Pour une personne interviewée, le travail fait aussi référence à la santé mentale. Nous noterons tout de même qu'un de nos répondants nous parle également de la souffrance que peuvent vivre des personnes engagées dans un travail qui les épuise. Comme nous l'avons déjà signalé précédemment, pour quelques-uns de nos

répondants, sans emploi, il importe de contribuer à la vie sociale en faisant du bénévolat dans des organismes communautaires.

Sur le plan plus organique, c'est l'état de bien-être physique ou l'absence de conscience du corps qu'il est possible de conserver. La santé est ainsi exprimée en faisant référence à des sensations somatiques, comme l'absence de douleur, l'absence de fatigue, le bon fonctionnement des organes, le fait d'être bien dans sa peau...

La santé physique pour moi, c'est de ne pas avoir mal à une jambe, à un bras ou même aux poumons. C'est aussi avoir un bon cœur, de bons reins ou des choses comme ça. La santé physique est mauvaise si quelqu'un physiquement n'est pas capable de vivre bien. (Marie-Josée)

La santé pour moi, c'est être bien dans sa peau. C'est avoir des bons poumons. C'est avoir un bon cœur. Pour moi, c'est à peu près ça. [...] C'est être bien dans sa peau qui est le principal. (Gilles)

Être bien dans sa peau est le principal. C'est comme moi, je suis de mieux en mieux dans ma peau en faisant attention à mon alimentation et en faisant de l'exercice tous les jours. (Marc)

Comme nous le verrons plus loin, la santé comme bien-être physique est étroitement liée à de nombreuses conduites de santé telles que la pratique de l'exercice physique et l'alimentation.

5.2.1.3 La santé comme « bien-être » ou « mal-être » psychologique

La santé est également appréhendée comme bien-être psychologique. Celle-ci fait habituellement référence à un état d'équilibre cognitif, émotionnel et comportemental qui permet entre autres à la personne d'entretenir des relations sociales, de participer aux activités de sa vie quotidienne et d'en tirer satisfaction. Notre analyse du discours des personnes rencontrées a permis de mettre en évidence plusieurs facettes complémentaires de la santé comme bien-être psychologique.

Le discours de nos répondants fait apparaître un premier point de la santé que nous qualifions de recherche du « bien-vivre » et qui se traduit par le « être heureux ». La

santé est ainsi reliée au plaisir, à la joie de vivre, au bonheur, à une sensation de bien-être et la satisfaction à l'égard de la vie.

Être en santé. C'est être heureux avec soi-même... [Rires]... Si personnellement, je suis contente de moi ; je suis fier de moi et puis que je me sens bien dans ma peau, je vais être en santé psychologique et physique [...] Je suis alors capable de faire rayonner ce que je ressens avec les autres. Pour moi, c'est cela être en santé. (Françoise)

Être en santé, c'est pouvoir se dire que maintenant je suis capable de penser, de pouvoir réfléchir. C'est se nourrir et surtout respirer le bonheur. (Marie-Josée)

Parfois, je me dis que je l'aime ma vie plate. Je me contente de ce que j'ai présentement. Je ne vois pas ce dont j'ai besoin de plus pour être heureux dans la vie. Si c'est avoir un char, il y a toutes les difficultés de trouver un stationnement, de pelleter l'hiver, d'acheter du pétrole... Ça ne m'intéresse pas. (Michel)

On y trouve donc des énoncés qui évoquent une vision globalement positive, comme le fait d'être bien avec soi-même. L'expression de la recherche de ce « bien-vivre » est de nature subjective et le plus souvent n'aurait rien à voir *a priori* avec les conditions de vie objectives - comme le bien-être matériel - des personnes. Sous cet angle, la santé comme bien-être psychologique répond principalement à la dimension « être » et non « avoir ». Toutefois, comme nous le verrons plus loin en abordant la santé tributaire des ressources financières, nous relevons que pour « être heureux », il faut sans doute accéder à un minimum de bien et de service tel que le logement.

Selon Cowen (1994), le bien-être psychologique implique également des éléments aussi divers que manger, dormir, avoir des relations interpersonnelles, un certain contrôle sur sa vie et une bonne santé physique. Un tel regard dépasse ainsi le concept de bonheur mettant l'accent sur le sentiment d'une certaine maîtrise de sa vie. Nos répondants signalent à cet effet un ensemble de réactions négatives (« mal-être ») telles que la dépression et l'anxiété, en lien avec des difficultés vécues et des normes auxquelles ils sont soumis.

La santé pour moi, c'est aussi la santé psychologique. Je te dirais que je n'avais jamais fait de dépression de ma vie, ni d'anxiété comme en ce moment. Là, je fais de l'anxiété parce qu'il faut que je paye mes comptes. (Jacques)

Le sentiment de ne pas pouvoir contrôler sa destinée est aussi exprimé par quelques-uns de nos répondants. C'est ainsi que le stress occasionné par l'insécurité matérielle est signalé dans le discours des personnes interviewées. Selon celles-ci, la réduction du stress permettrait d'améliorer sa santé : « Si tu as les moyens de laisser le stress... ta santé va s'améliorer ».

C'est le stress et la pression... quand tu es très très stressée, tu as deux fois plus de misère avec ta santé. Parce que tu es toujours poigné avec tous tes muscles qui sont serrés. Alors, si tu as les moyens de laisser le stress, de t'enlever du stress - du côté financier, logement et tout ça - automatiquement la santé va s'améliorer. (Françoise)

Le stress ainsi énoncé par les personnes est principalement déterminé par des facteurs situationnels associés aux conditions de vie. Pour Bruchon-Schweitzer (2002), c'est la discordance entre les exigences situationnelles et les capacités que la personne a pour y répondre. Nous verrons un peu plus loin qu'il est aussi une des causes de maladies énumérées par nos répondants. Notons au passage que selon certaines recherches, les stress les plus nocifs pour la santé seraient ceux qui sont ressentis comme des contraintes qui durent depuis longtemps. (Paquet et Tellier, 2005)

Une place essentielle est accordée à la santé mentale. La santé mentale peut-être définie comme un état d'équilibre psychique d'une personne et qui est évalué selon le niveau de bien-être subjectif, les capacités cognitives, émotives et relationnelles et ainsi que la qualité des relations avec son entourage (Comité de la santé mentale du Québec). Trois personnes rencontrées lors de nos entrevues individuelles nous ont parlé de leurs troubles mentaux. Elles évoquent l'importance de la santé mentale en lien avec leur mode de fonctionnement et la réalisation de leurs attentes. Leurs discours reflètent la nécessité de mener une vie régulière marquée par de saines habitudes ainsi que l'évitement de toutes situations et de tous lieux pouvant provoquer des réactions de « mal-être ».

[Quand on parle santé], il y a évidemment la santé mentale ou c'est surtout être bien dans sa tête. (Marc)

La santé mentale, c'est quelque chose dont on a vraiment besoin pour pouvoir fonctionner. Parce que même si on est en pleine santé et que l'on n'a pas la santé mentale on n'est pas bien. (Marie-Josée)

J'ai peut-être un problème de santé mentale, tu sais. Mais, ce qui est important c'est que je suis capable de penser et de donner des idées. Je ne suis quand même pas gelée sous les médicaments comme d'autres personnes. Heureusement non. (Sylvie)

5.2.1.4 La santé, contraire de la maladie

La santé est aussi comprise comme inséparable de la maladie. Le rapport entre la santé et la maladie n'est pas simple ; la santé se situe *a priori* dans une sorte de relation d'opposition avec la maladie (Herzlich, 2005, 1975). La santé est ainsi évoquée par l'absence de maladie (ne pas être malade, ne rien avoir) et par un principe de bien-être général (être en forme). Comme nous l'avons signalé précédemment, la santé, c'est quand on n'a pas de maladie, quand elle est absente de notre conscience. Elle se réduirait pour certains de nos répondants alors à un état de fait : « La santé, c'est quand il ne se passe rien ». C'est donc une toile de fond sur laquelle la maladie en tant qu'événement peut apparaître. L'expérience de la maladie serait alors un point de référence. La santé ne prendrait une importance que par l'irruption de la maladie.

La santé pour moi, c'est vraiment quelqu'un qui est en forme. La santé, c'est quand tu es en forme, quand tu n'es pas malade, quand tu n'as rien. (Sylvie)

Avoir la santé, c'est ne pas être malade. C'est l'absence de maladie complète. (Lise)

La notion de maladie abordée par les personnes au cours de nos entrevues individuelles et de groupe est, à cet égard assez significative : maladies que l'on a eues soi-même ou vues chez autrui, que l'on connaît ou que l'on redoute. Notre recherche ne vise pas spécifiquement à étudier la diversité des représentations de la maladie. Toutefois, nous pouvons distinguer dans le discours de nos répondants deux catégories : « les grosses maladies » ou « les maladies complètes » et les maladies courantes généralement banalisées par les personnes.

Les « grosses maladies » sont qualifiées d'enfer, de noirceur, de « dur », d'épreuve. Souvent, les personnes vont faire référence entre autres aux cancers, aux maladies cardiaques ou encore à certaines maladies dégénératives. Herzlich (2005, 1975) parlerait

de « maladie-destructrice » imprégnée des conséquences dévastatrices où converge l'idée d'un anéantissement personnel et d'une impuissance sur l'organique. Sans que le mot « gravité » soit utilisé par nos répondants, nous pouvons supposer que c'est ce qui semble caractériser cette catégorie. Dans ces travaux sur les représentations de la maladie, Herzlich (2005, 1975) considère que la gravité est un indice important dans l'expression du rapport de l'individu à la maladie, mais aussi à sa santé. Cependant, dans le discours de nos répondants, ce n'est pas la gravité objective de la maladie qui est soulignée, mais la manière de l'appréhender, de la vivre et de la supporter qui y est signifiée.

Moi, quand je parle de maladie, je parle de grosses maladies, de maladies complètes. Tu peux être dépressif, sans être malade. Tu sais, tu peux avoir de la peine où tu peux être déprimé, ce n'est pas être malade ça. (Lise)

La maladie, c'est quelque chose de bien dur à prendre pour quelqu'un. Comme si tu poignes un cancer et que tu ne peux plus rien faire. Moi, je n'ai jamais vraiment été malade. (Gilles)

Pour moi, la maladie c'est un peu comme si tu traversais l'enfer. C'est aussi noir que ça. Avoir une maladie et la traverser, c'est comme surmonter des épreuves et des épreuves. (Marie-Josée)

La maladie, c'est comme avoir un fusil sur la tempe. C'est comme quelque chose de tout noir sans aucun point blanc. C'est comme quelque chose où il n'y a pas d'espoir. (Jacques)

Le discours des personnes met en évidence que les « grosses » maladies peuvent ébranler quelqu'un au plus profond de lui-même. Elles imposent des « épreuves » et des adaptations auxquelles le sujet n'est pas préparé. Les « grosses » maladies sont perçues non pas comme un problème de santé au sens strictement médical, mais comme une expérience psychique où la perte de la santé peut nous renvoyer à l'image de la précarité de la vie. Dès lors, pour l'ensemble de nos répondants, la « grosse » maladie se situe plutôt dans l'ordre du social. Elle confronte la personne à ses angoisses, à sa souffrance, aux bouleversements de vie qu'elle subit et à la perte d'autonomie.

Par contre, les maladies les plus courantes sont souvent vues comme un incident tout à fait banal, comme des « bobos de la vie », des petits maux, des situations d'inconforts temporaires. Selon nos répondants, ces maladies sont le plus souvent en lien direct

avec le mode de vie quotidienne de chacun : « la maladie est due [ici] à un manque personnel ».

La maladie, ce sont aussi tous les petits bobos qui sortent. Je pense que c'est un déclic au niveau de ta santé. Et là, si tu ne prends pas soin de toi, comme au niveau alimentaire, cela joue beaucoup. (Sylvie)

Une personne devient malade parce qu'elle ne prend pas soin d'elle. Moi, je vois cela comme ça. Si tu prends soin de toi, tu vas être correct. (Normand)

Une grippe ou un rhume, ce ne sont pas des maladies. Ce sont juste des petits bobos de la vie. C'est souvent dû à un manque personnel. C'est comme par exemple quand il fait moins 20 degrés dehors, tu ne sors pas à l'extérieur avec un petit chandail [...] C'est de ta faute si tu poignes une grippe. Ce n'est pas une maladie. Si tu l'attrapes, c'est que tu as couru après. (Gilles)

Pour moi, c'est clair. Si j'ai attrapé une petite maladie comme la grippe ou un rhume, c'est parce que je suis sortie, qu'il faisait froid et que je ne me suis pas habillée comme il faut. (Françoise)

Ces résultats montrent que les personnes interviewées partagent un certain nombre d'idées à propos de la relation entre la santé et la maladie. Elles font référence à des dimensions extérieures à elles-mêmes, à des attitudes ainsi qu'à des conduites spécifiques. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce dernier point un peu plus loin dans ce chapitre.

Si nous nous attardons brièvement aux **causes des maladies**, nous pouvons mettre en évidence une différence qui reflète les deux catégories de la maladie. Les maladies les plus graves sont vues principalement comme provenant du hasard. Elle arrive subitement. Elles sont liées à la fatalité (dans un cas, à la décision divine). Elles sont vécues comme imprévisibles, résultant de facteurs exogènes. Les « maladies complètes » vont donc sans ménagement arrêter ou transformer une vie à laquelle la personne était habituée. Les expressions « tomber malade », « frappé par la maladie » utilisées dans le discours de quelques personnes sont très illustratives :

La maladie, c'est subitement. C'est le hasard. Ça, c'est garanti parce que même si tu regardes, on est en train de se parler et on pourrait tomber subitement. Et ça, tu ne le sais pas avant. Qu'est-ce que tu peux y faire ? (René)

C'est comme si je me réveille, et j'apprends que je suis malade. Avant cela, je ne savais pas. C'est comme si tu es en bonne santé et « oups », tu tombes malade.

La maladie, c'est vraiment comme un pion qui te tombe dessus. C'est comme dix livres qui te tombent dessus. C'est en fait quelque chose de gros et de fort qui te tape dessus en un coup. (Marie-Josée)

Je ne veux pas tomber malade. C'est pour ça que je demande tous les soirs en haut, au Bon Dieu de m'aider. C'est très important pour moi de garder la santé. C'est très important pour moi de ne pas tomber malade. Le Bon Dieu peut m'aider. C'est lui qui décide. (Normand)

Les maladies les plus bénignes sont le plus souvent associées à des causes sociales et habitudes vie. Nous avons mentionné auparavant que plusieurs de nos répondants établissaient des liens avec un « manquement personnel » qui tend à culpabiliser la personne (c'est de ta faute). Les « petites » maladies proviennent en quelque sorte de la faute ou de l'erreur qu'on peut éviter. La référence à l'idée de stress est aussi largement présente comme cause de la maladie. Plusieurs éléments nommés par les personnes semblent nous renvoyer à une vision élargie du stress, laquelle englobe un ensemble d'éléments liés aux contraintes de la vie quotidienne, à l'absence de soutien social (la solitude) et à l'éducation reçue. Lise résume cette multi-causalité de la maladie :

Je pense qu'il y a le stress qui fait qu'on devient malade. Cela peut être juste le stress. Le stress ou le harcèlement. Cela pourrait être aussi le manque d'argent ou encore un mauvais environnement, comme un mauvais logement, par exemple. Je pense aussi la solitude. Je pense aussi qu'un logement trop cher pour ses moyens peut aussi amener une maladie. Tout cela. Oui. Mais, tout cela donne du stress. [...] Le manque d'éducation peut causer la maladie parce que tu peux être mal informé sur tes droits et puis avoir des mauvais soins ou ne pas recevoir des soins adéquats. [...] En premier, je crois vraiment que c'est le stress. (Lise)

Dans le même sens, Jacques et Françoise nous disent :

Une personne devient malade parce qu'il y a l'anxiété ; il y a la solitude ; il y a le manque de confiance en soi : il y a aussi le manque de ressources. [...] Ce qui fait que c'est cela. Tu es malade quand tu te sens stressé. (Jacques)

Toute cette accumulation de stress a fait que l'arthrite, l'arthrose et la fibromyalgie et tout ça sont arrivés. Sans doute aussi parce que je n'ai jamais voulu reconnaître mes limites. (Françoise)

Nous constatons que dans le discours des personnes, les causes héréditaires et environnementales sont parfois énoncées. Par contre, l'environnement social semble

occuper une place importante, amenant ainsi à appréhender les « petites » maladies en lien avec la compréhension et la connaissance de la société.

Je pense que l'origine de mes problèmes de santé, c'est l'hérédité. Ma mère m'a eu à 42 ans et mon père avait 51 ans. Ce qui fait que mes parents étaient très âgés. Ma mère à l'époque n'était pas en santé, premièrement. Ce qui n'a pas aidé. Et puis, j'ai été élevé dans une maison qui n'était pas très propre, pas très organisée. Cela ne peut pas aider aussi. Je suis née aussi trois semaines avant mon temps. Ce qui fait que je suis née prématurée. J'ai donc manqué d'oxygène. C'est donc tout ça qui fait que j'ai mes problèmes de santé actuels. [...] Le fait que ma mère faisait de l'emphysème ne m'a probablement pas aidé pour mon asthme. Il y a peut-être aussi un peu d'hérédité. (Marie-Josée)

Toutes les maladies ne bouleversent pas la vie des personnes de la même manière. Certaines maladies n'entraîneraient finalement qu'une petite gêne.

Tu peux être en santé et être malade en même temps. Moi, je vois cela comme ça. Pour moi, l'asthme c'est une maladie. C'est une maladie, ça. Mais, je suis en santé pareil. (Normand)

J'ai un problème de santé mentale. Je suis bipolaire. Mais, je me considère comme étant en plus ou moins bonne santé... (Marie-Josée)

En cas de problème de santé, pour plusieurs de nos répondants, les « remèdes maison » constituent dans un premier temps une partie non négligeable de leurs recours thérapeutiques. La plupart des personnes rencontrées dans nos entrevues individuelles s'adressent aux médecins ou aux services de santé si elles ne peuvent faire autrement.

J'essaye d'abord de voir ce que j'ai fait pour avoir le problème. Si je me lève le matin et que je ne suis pas bien... Si j'ai un problème que je ne peux pas analyser par moi-même, je vais alors appeler le Service santé - 24 heures⁴⁵. Je vais écouter ce qu'ils me disent. Puis moi, je vais décider si je me rends à la clinique, oui ou non. (Françoise)

Je sais qu'il y a des fois où je dois aller à l'hôpital. Mais, j'ai l'habitude d'essayer d'abord de me soigner moi-même. (Sylvie)

C'est rare que j'aille voir un médecin. Je ne vois pas pourquoi j'irais le voir. [...] Si j'ai un petit problème de santé, je me soigne moi-même en prenant du Tylenol [acétaminophène]. Je consulte uniquement si j'ai un gros problème de santé que je ne comprends pas. Mais, c'est bien rare. [Gilles].

⁴⁵ Le service Info-santé permet de répondre par téléphone (24 heures sur 24) à certaines questions courantes sur la santé, ou de diriger la personne dans le système de santé et de services sociaux.

Il y a bien des affaires pour lesquelles je sais quoi faire moi-même. Quand j'ai un problème de santé, je m'en occupe par moi-même. Mais, si c'est de quoi plus compliqué et que je ne parviens pas à me guérir, je vais aller voir le docteur et lui demander quoi faire. (Marc)

J'essaye toujours de trouver une solution par moi-même. Je prends un cahier, un crayon et j'essaye de cerner mon problème. Pour commencer... Je prends le temps de cerner les choses. Des fois, je vais appeler une amie avant d'appeler « Infos santé » et avant d'aller voir un médecin. (Lise)

Il nous semble pertinent de signaler en conclusion que la maladie n'est pas abordée dans des descriptions symptomatologiques et biomédicales. La nosographie avancée par les personnes se réduit à deux catégories. Les personnes définissent la santé ou la maladie, non au regard d'un état corporel comme le fait la médecine, mais en fonction de ses éventuelles conséquences sociales. Cet état est interprété comme une « vraie maladie » lorsqu'il entrave les activités ou la participation sociale de la personne.

5.2.1.5 La santé, tributaire de la qualité de l'environnement

La relation entre la santé et l'environnement est prise en compte par nos répondants. Ceux-ci manifestent surtout une préoccupation à l'égard de la qualité de l'environnement et des risques pour la santé. En regard du nombre de réponses obtenues et de leurs contenus, nous constatons qu'il semble plus aisé pour notre public de faire les liens en l'abordant plutôt sous l'angle de l'environnement (« la cause ») que celui de la santé (« la conséquence »). La santé est tributaire de la qualité de l'environnement ; l'environnement devenant ainsi un déterminant de l'état de santé des personnes. La santé des personnes interrogées dépend en partie des interactions avec leur milieu de vie urbain, le vocable « milieu » incluant autant l'environnement bio-physique que l'environnement social, politique et culturel.

Les gens tombent malades à cause de l'environnement. Ça, c'est sur ! Mais la maladie, ça vient aussi un peu n'importe comment aussi. (Marie-Josée)

[Si on parle de santé,] je pense que l'environnement n'aide pas. Si les gens vivent dans l'environnement et vraiment avec tout ce qu'il y a que l'on entend aux

nouvelles [...] un moment donné, il va arriver que tu vas tomber malade...
(Sylvie)

Plus loin dans ce chapitre (point 5.3), nous précisons les liens entre la santé et l'environnement tels qu'ils sont décrits par les personnes que nous avons interviewées dans le quartier Pointe-Saint-Charles.

5.2.1.6 La santé, tributaire des ressources financières

La santé s'explique aussi par des facteurs sociaux. Les répondants qui en parlent souhaitent avoir accès à des conditions de vie qu'ils puissent qualifier de bonnes. En somme, ils questionnent la faiblesse de leurs revenus comme facteur influençant leur santé ; ce peu de ressources financières permettant difficilement de subvenir à leurs besoins de base. Les relations entre le revenu, les conditions de vie et la santé sont ainsi évoquées par la plupart des personnes interviewées. La santé est tributaire des ressources financières.

Il faudrait plutôt se demander : « c'est quoi ne pas avoir la santé ? » Finalement, c'est exactement ce que je vis là. C'est être limité dans son argent. C'est être limité dans tellement de choses par le manque d'argent. (Michel)

Les gens ne sont pas en santé dans le quartier parce qu'ils n'ont pas les moyens. On parlait tout à l'heure des logements qui ne sont pas adéquats. Mais, il y a surtout l'argent, qui n'est pas adéquat. (Françoise)

Dans le quartier ici, je trouve qu'il y a beaucoup de gens qui ne sont pas en bonne santé. Notamment, au niveau de la santé mentale. C'est sans doute dû au fait que les gens n'ont pas beaucoup pour vivre non plus. Cela n'aide pas pour ta santé. (Sylvie)

Certains éléments du discours de nos répondants concernent l'insuffisance des ressources de l'État et les difficultés d'accès aux soins en termes exclusivement financiers. Pourtant, le système de santé québécois s'appuie sur le principe d'équité et supprime toute forme de paiement par la personne au moment de recevoir des soins si ceux-ci sont inclus le « panier public ». Aucune loi ne précise exactement ce que sont les soins nécessaires, mais il est entendu que cette catégorie ne recouvre par défaut que ce qui est fourni par les médecins et dans les hôpitaux (Grignon, 2008). Des

critiques sont ainsi formulées concernant le coût des prothèses ou de certains médicaments. Il apparaît que cette prise en charge financière insuffisante de certains soins non couverts par l'État québécois freine la consommation et l'accès aux soins.

Je n'ai pas les services pour ce dont j'ai besoin. J'ai dû attendre plus d'un an. Si j'avais de l'argent, je suis sûr que mon problème de santé se serait réglé plus vite. Mais, je n'ai pas d'argent. (Françoise)

Le monde est malade parce qu'ils n'ont pas les moyens d'acheter les médicaments. Il y a bien certaines pilules que tu ne payes pas. Mais, il y a aussi d'autres pilules que tu dois payer parce que le gouvernement ne prend pas tout en charge. Ce qui fait que le monde ne peut pas toujours s'acheter les médicaments qu'il faut. (Gilles)

Il y a aussi tous les problèmes reliés à ma santé qui rentre dans mon budget. Je suis encore chanceuse, j'ai un logement social. Mais, j'ai des orthèses plantaires. Cela me coûte 50 \$. Il faut que je les paye. Si je dépense tant sur mon logement, où est-ce que je coupe alors ? Est-ce que je dois couper dans ma santé ? (Françoise)

Les ressources financières sont directement associées à la santé. Pour la plupart des personnes interviewées, tout ce qui se vit sur le plan de la privation, de mauvaises conditions de logement, de la mauvaise nutrition joue un rôle sur leur santé. Ces extraits de discours semblent confirmer ce que plusieurs études concluent : l'existence d'une relation entre les revenus et la santé, surtout dans une situation où les personnes sont confrontées à la persistance d'un bas revenu (Paquet et Telier, 2005 ; Shelley, 2003). Le renoncement à des soins reste justifié par des raisons financières (Berrat, 1998). En général, les personnes interviewées expriment dans ce type de discours, le manque de contrôle qu'elles ont ainsi sur leur propre vie et la relation entre leur santé et leur situation sociale.

5.2.1.7 La santé, une affaire personnelle

La santé est également vue comme une propriété individuelle : « c'est ma santé », « Ça n'a pas à faire avec d'autres personnes ».

Ma santé, c'est ma santé. Ça n'a pas à faire avec d'autres personnes. Je ne parle pas de ma santé à d'autres personnes. Je suis un gars qui va dire bonjour aux personnes que je connais sur la rue. Mais, c'est tout. (Normand)

C'est vraiment personnel. La santé c'est personnel. Il y a plein d'affaires dans la santé qui sont personnelles. [...] Je n'en parle pas de ma santé. Quand on me le demande, je dis que cela va bien et que j'ai juste des petits bobos. (Gilles)

Il y a des choses que l'on dit à des personnes et d'autres choses que l'on ne dit pas. Il y a des affaires que je ne dis à personne. Quand je parle, c'est de ma santé en général. Quand j'en parle, c'est du style : « Eh, comment vas-tu ? » En fait, je ne parle pas trop de cela. (Marc)

Parler de mes problèmes de santé, cela ne va pas m'aider. Je n'irai pas dire à tous les gens que j'ai telles ou telles maladies et que je suis comme ça. Ce serait comme une défaite. (Michel)

Plusieurs des personnes interrogées disent ne pas vouloir parler autour d'elles de ce qu'elles ressentent et de leurs maux. Les difficultés associées à une maladie sont perçues par certains de nos répondants comme un signe de faiblesse, une atteinte à sa dignité personnelle, à son estime de soi. Pour Berrat (1998), cette « culture du silence » semble d'ailleurs caractéristique des milieux sociaux populaires : la santé ne fait pas partie des thématiques que l'on aborde en toute simplicité.

Aussi, certains de nos répondants mettent l'accent sur le choix individuel en matière de bien-être et de santé. De tels propos semblent rappeler que chacun à la liberté de prendre des décisions et de contrôler en partie sa propre santé. Les personnes seraient alors largement responsables de leur propre état de santé.

Je pourrais te dire de ne pas manger ceci ou cela parce que ce n'est pas bon ou encore de ne pas faire ceci ou cela. Mais, on va me dire de m'occuper de mes affaires. C'est pour cela que la santé, c'est vraiment personnel. On ne peut pas forcer les gens. Les gens vont peut-être te dire de vivre ta vie et de ne pas les achaler. (Gilles)

Je ne vais jamais demander un conseil à quelqu'un parce que je veux être indépendante. Indépendante dans mes choix et dans la manière dont je vis ma vie. (Françoise)

Parler de choix personnel, c'est aussi mettre l'accent sur un mode ou une habitude de vie. Mais souvent, en regard de notre analyse des résultats concernant entre autres l'environnement, ce choix est conditionné socialement. Il peut aussi être considéré comme une réaction de la personne à un environnement socio-écologique qui encourage ou n'encourage pas certaines conduites.

5.2.2 Les conduites de santé

Il est bien connu qu'un nombre important de comportements et d'habitudes de vie ont une influence sur la santé des personnes. L'idée de prise en charge individuelle de sa propre santé est ainsi mise de l'avant. Les conditions de vie et le niveau socio-économique ont aussi un rôle négligeable. Nous nous sommes dès lors intéressés aux conduites⁴⁶ de santé. Celles-ci s'expriment entre autres dans les conduites d'hygiène de vie. La diversité de ces conduites est largement évoquée à travers des mots « positifs » : bien s'alimenter, faire de l'exercice, se reposer, visiter des amis, etc. Il est ainsi étonnant de constater le peu de termes faisant référence à un agir mauvais pour la santé. Comme nous l'avons dit précédemment, certaines conduites mentionnées par nos répondants nous ont aidées à caractériser la santé.

Les conduites les plus fréquemment mentionnées concernent **l'alimentation**. Il s'agit probablement du domaine le plus important pour les personnes rencontrées.

Pour être en santé, il faut que tu fasses attention à ton alimentation. C'est la plus importante chose à faire. L'alimentation, c'est vraiment important. Il faut bien faire attention à cette affaire-là. (Gilles - Groupe)

La santé pour moi, c'est surtout bien se nourrir. (Gilles)

La santé c'est bien manger, bien s'alimenter, marcher. Si on fait tout cela, on a la santé. En fait, manger et s'alimenter, c'est la même chose [...] Je me préoccupe de mon alimentation. Moi, j'essaie de manger le plus santé possible. Quand je dis manger santé, c'est surtout mangé beaucoup de salades, beaucoup de fruits, beaucoup de légumes. (Marc)

Manger, se nourrir, surveiller son alimentation, bien manger, manger sainement, etc., toutes ces activités semblent plus présentes dans le discours de nos répondants que l'attention portée à l'hygiène corporelle qui étrangement en est presque absente. Peut-être que certains tabous ont freiné les communications au sujet de l'hygiène corporelle. Nous ne nous étonnerons pas de l'importance accordée à l'alimentation. D'une part, une des inquiétudes liées au manque d'argent exprimé par nos répondants concerne l'accès à une alimentation en quantité suffisante et de qualité. D'autre part, la plupart de nos

⁴⁶ Rappelons que le terme « conduite » a été défini précédemment (page 181, note de bas de page n° 40)

entrevues individuelles ont été réalisées dans les locaux d'une banque alimentaire (Maison du Partage d'Youville).

Certaines mauvaises habitudes alimentaires sont signalées par quelques personnes : absence de petit déjeuner, repas sautés, simplification des repas, malbouffe. Un tel constat semble rejoindre plusieurs études menées ces dernières années qui ont mis en évidence des phénomènes de déséquilibre alimentaire chez les personnes défavorisées (Poulain et Tibère, 2008 ; Bertrand, 2006 ; Michaud, 2000).

Je dirais que oui. Il y a quand même beaucoup de gens dans le quartier qui ont de l'embonpoint. C'est parce qu'ils mangent bien de la cochonnerie comme je mangeais moi avant. Ça, c'est une grosse affaire. Il y a beaucoup de gens qui mangent pas mal de cochonneries. (Gilles)

J'ai pas mal de misère pour me décider [à cuisiner] parce que je suis seule. Quand je rentre chez moi, cela ne me tente pas de faire à manger. Ce qui fait que je finis par manger ce qui me passe sous la main vite vite vite. Je suis honnête avec toi. Je ne mange pas bien. (Sylvie)

Moi, des fois je ne mange pas le matin. Il y a des fois où je viens ici [Maison du partage] et je suis rendu blanc. Je viens parfois ici pour prendre un café. Je n'ai pas les moyens de bien me nourrir. Peut-être que si j'avais les moyens de bien me nourrir ma santé irait mieux. (Jacques)

La majorité des personnes interrogées mentionnent également l'importance pour elles de rester actives, de s'occuper. Elles font aussi référence à l'**activité physique**, et plus spécifiquement la marche, comme moyen pour rester en santé, pour conserver leur santé ou être en bonne forme. Elles indiquent clairement un lien entre le maintien de leur santé et l'activité du corps : « Nettoie les poumons », « Garde les jambes en forme »...

Pour rester en santé, je prends des marches. Je viens ici en marchant. [...] Je fais tout en marchant. [...] Si tu ne bouges pas, ce n'est pas bon. (René)

Il n'y a pas une journée où je ne marche pas. Moi, ça me fait du bien de marcher. Marcher, ça me nettoie les poumons. Marcher, ça me permet de garder mes jambes en bon état ; ça me permet d'être en bonne forme. (Gilles)

Je suis un gros marcheur. J'aime bien ça marcher. D'abord, c'est bon pour la santé de marcher et puis c'est bon aussi pour le cœur. C'est comme je disais à mon chum Armand qu'il ne devait pas rester tout le temps à la maison et qu'il devait de temps en temps se prendre une marche. Cela aide à être en santé. (Normand)

Je marche deux à trois fois par jour, encouragée parce que mon chien me force à marcher. [...] Je fais de l'arthrose et les douleurs ont commencé à être de pire en pire. Alors là, j'en fais moins. Mais, je marche pareil. Pour moi, c'est important. Je fais un mouvement et c'est bon pour ma santé. (Françoise)

Marcher est reconnu comme ayant entre autres des effets coronariens et pulmonaires pour nos répondants. Les bénéfices de l'activité physique sont d'ailleurs largement documentés dans plusieurs études. (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2008⁴⁷)

La marche est aussi un des seuls moyens de locomotion que les personnes défavorisées ont pour se déplacer et se rendre aux divers points de service dans le quartier. Ce constat rejoint les observations de la Direction de santé publique de Montréal (2005). Il s'agit donc principalement d'une activité physique liée au transport journalier et non de loisir. Nous pouvons donc dire que la marche évoquée comme activité physique par les personnes est surtout une marche utilitaire.

Je marche tout le temps. Je marche pour venir ici, je marche pour aller à la Sint Columbia House [restaurant social du quartier]. Je remarche pour aller chez moi. Je ne fais pas d'autres activités physiques. Comme je n'ai pas de voiture, je me déplace tout le temps à pied. (Marie-Josée)

À part trois de nos répondants, toutes les autres personnes interviewées ne signalent pas la pratique d'activités physiques spécifiques de loisirs et/ou sportives. Cela semble en concordance avec des études américaines qui montrent que les personnes à statut socioéconomique faible ont un niveau plus élevé de sédentarité et pratiquent moins d'activités sportives que les autres (Inserm, 2008).

Aussi plusieurs de nos répondants insistent sur l'importance de l'appartenance ou du sentiment d'appartenance à des réseaux sociaux et de faire des **activités collectives**. La dimension de solitude est bien présente dans leurs discours : « Si je n'avais rien à faire, je serais seul ».

⁴⁷ Inserm (2008). *Activité physique - Contextes et effets sur la santé*. Paris : Les éditions Inserm, collection « Expertise collective ». Ce document s'appuie sur de nombreuses données et références d'articles scientifiques.

Je me dis que pour ma santé, il faut sortir. C'est vraiment sortir. Sortir : c'est marcher. C'est aussi aller visiter des amis. Il faut faire ces affaires-là. Et puis, il faut jaser. Il faut faire des activités physiques et sociales. (Normand)

Faire une activité physique, c'est bon pour tout le monde. Je fais l'aquaforme avec « Madame prend congé ». C'est juste deux dollars par semaine. Ils font cela à la piscine Saint-Charles. Juste ici tout près. On fait une heure d'exercice à la piscine et puis on revient ici pour boire un café ou un jus. On peut ainsi discuter. C'est très agréable. On se raconte des choses. Puis, quand on rentre la maison, on est énergisée pour plusieurs jours. Ça fait vraiment du bien tant pour le corps que pour le mental. [Ainsi,] je ne reste pas toute seule toute la journée. Je vois du monde. (Lise)

Cet après-midi, je vais aller chanter. Tu sais, je fais des petites affaires comme ça. Toutes ces activités-là sont bénéfiques pour ma santé. [...] Je me dis en moi-même que si je n'avais rien à faire, je serais tout seul chez-moi en train d'écouter la télévision et puis c'est cela. (René)

De plus, de nombreux éléments du discours abordent la **consommation de tabac et d'alcool**. La majorité des personnes rencontrées fument. Elles expriment leur dépendance. Si elles se savent et se reconnaissent dépendantes de la cigarette, elles y trouvent cependant de nombreux bienfaits. La cigarette semble ainsi satisfaire des besoins essentiels que nous pouvons sans doute relier à leur situation sociale et économique. Les personnes en ont besoin pour gérer leur stress, pour se détendre, pour s'accorder un moment de bonheur, pour combler le vide et l'ennui, pour profiter de leur « temps libre », pour se sentir moins seules...

Tout le monde que je connais dans le quartier fume. Les gens fument par habitude ou parce qu'ils n'ont rien d'autre à faire. Regarde, mon père me dit que c'est parce qu'il n'a rien d'autre à faire qu'il fume. (Marie-Josée)

Je fume parce que je suis sous le stress, sous l'anxiété. Là, je me suis acheté un paquet parce que je ne savais plus quoi faire. J'étais sur la rue et j'étais stressé. [...] Je te dirais que neuf personnes sur dix dans le quartier fument. Les gens fument aussi parce que cela leur procure un bien-être. (Jacques)

Si les personnes n'ignorent pas les conséquences à long terme d'un tabagisme excessif, elles relativisent cependant les risques en mettant en relief les risques concurrents (arrêter de fumer, c'est s'exposer à une prise de poids, à une dépression, à une humeur massacante, etc.) ou en relativisant les risques encourus (risque parmi d'autres et comme tel, soumis à un facteur aléatoire).

Je sais que le tabac c'est une dépendance. Je sais que c'est un mauvais défaut de fumer. [...] Aussi, il y a des risques très hauts de problèmes cardiaques dans ma famille, des pontages cardiaques et tout ça. Mais, c'est mon choix à moi de fumer. [...] Je ne fume plus deux paquets par jour comme avant. Je fume seulement quinze ou vingt cigarettes maintenant. Je sais que je vais sans doute payer un jour les conséquences. (Françoise)

Moi, j'ai tout le temps fumé, je n'ai jamais essayé d'arrêter. Je sais que l'on dit que la cigarette, c'est nocif pour la santé. C'est ce que l'on dit. [Mais,] on dirait qu'on aime ce qui n'est pas bon. (Marc)

Le médecin m'a déjà dit de lâcher la cigarette. Mais, je ne suis pas capable de lâcher la cigarette. Cela n'aide pas ça dans l'état où je suis pris de l'asthme. C'est bien fatigant d'avoir de l'asthme. Mais qu'est-ce que tu veux ? Moi, je me dis qu'il y a des personnes qui n'ont jamais fumé et elles meurent du cancer quand même. (Normand)

Concernant la consommation d'alcool dans le quartier, nous constatons que plusieurs des personnes interviewées nous disent fréquenter - ou avoir fréquenté - les Alcooliques anonymes. Cependant, il nous faut constater que même s'il semble que beaucoup de personnes en consomment, peu de répondants nous le verbalisent ouvertement.

Il y a plein de gens qui prennent de l'alcool... Oh oui ! Si tu voyais la journée où les gens reçoivent leur chèque, ils sortent souvent avec une ou deux caisses de bière. Let's go ! Je peux comprendre. J'ai vécu cela moi aussi. Je n'attendais pas mon chèque pour boire. Mais le fait de boire ne t'aide pas non plus pour ta santé. Que ce soit pour ta santé mentale ou ta santé physique. (Sylvie)

[L'alcoolisme...] Il y a une époque, j'ai rechuté. Mais, je n'allais pas aux réunions [des Alcooliques anonymes]. Il faut que j'aille aux réunions... Quand je vois un nouveau arrivé, cela permet de me souvenir de comment j'étais en arrivant. C'est pour cela que j'y vais tout le temps pour ne pas recommencer. (Michel)

Une minorité de personnes interviewées ont un discours plus prescriptif : « Ne pas fumer », « Ne pas consommer d'alcool », « Ne pas consommer de drogue », etc.. Ces quelques répondants se réfèrent probablement aux messages véhiculés par les campagnes de sensibilisation contre le tabac, l'alcool et, ou les drogues illicites.

C'est à nous autres de faire attention aussi à notre santé. C'est bien de ne pas fumer, de ne pas prendre drogue, de ne pas prendre d'alcool. Je sais que je suis un peu sévère là. Pour moi, c'est important si on veut avoir la santé. (Marie-Josée)

Le repos, la relaxation, le sommeil sont aussi mentionnés. Quelques personnes nous disent par exemple :

Pour garder la santé, il faut aussi bien dormir. (Sylvie)

Être en bonne santé, c'est se reposer. Pour moi, c'est le repos. Il me faudrait de la relaxation et du repos. Ça, il m'en faut parce que je suis vraiment fatigué. [...] Les fins de semaine, je ne sors pas. Je suis à la maison. Je me repose. (Normand)

Le repos, tout comme le sommeil, est ainsi vu comme une condition essentielle à une bonne santé. Ce serait un des moyens envisagés pour retrouver l'énergie nécessaire au bon fonctionnement du physique et du mental.

Nous mentionnerons aussi que certaines personnes font le lien entre **l'entretien de leur logement** et leur santé. Certaines conduites d'hygiène sont alors mentionnées : faire son ménage régulièrement, aérer souvent.

C'est sûr que mon ménage, s'il n'est pas fait souvent, ça n'aide pas pour ma santé. Mais, c'est sûr que quand je nettoie mon logement, c'est propre. Cela m'aide énormément pour ma santé. (Sylvie)

J'aère assez souvent mon logement pour éviter d'avoir tout le temps les mêmes odeurs et pour que les bactéries sortent dehors et ne restent pas à l'intérieur. C'est meilleur pour ma santé. (Gilles)

Nous avons mis en évidence ci-dessus les principales conduites de santé signalées spontanément par nos répondants. Notre but n'est pas d'effectuer un recensement, mais plutôt d'en chercher le sens. La diversité des conduites de santé présentées s'inscrit dans le mode de vie des personnes. Notre démarche ethnographique aide en partie à comprendre les obstacles et les contraintes aux habitudes favorables à la santé et à l'utilisation des services de santé. Nous avons mis en évidence un certain nombre de conduites qui permettent d'éviter des maladies comme l'expriment les personnes. Être en bonne santé ne relève pas uniquement des habitudes de vie mentionnées par nos répondants : alimentation, activité physique ou encore l'entretien de son chez-soi. Le contexte environnemental, abordé comme milieu de vie, semble occuper une place particulière.

5.2.3 Synthèse : Les catégories explicatives de la santé

Notre analyse du discours montre la pluralité d'éléments de représentation de la santé. Celles-ci doivent être prises en compte, dans la mesure où l'analyse permet de mieux comprendre de quelle manière se conduisent les personnes. Les différentes « conceptions de la santé » évoquées par nos répondants s'inscrivent dans un registre qui va d'une vision plus organique où elle est conçue comme une simple absence de maladie à une vision qui intègre les dimensions sociales. Nous constatons que la dimension sociale dans son ensemble paraît largement dominante dans le discours de nos répondants. Nous pourrions également mettre en évidence l'existence d'une vision de la santé « positive » où elle serait définie par ce qu'elle permet de faire, et d'une vision « négative » où la santé est alors définie par les conséquences de son absence.

Les représentations de la santé induisent des conduites liées à la santé. Ces conduites de santé, elles aussi socialement construites, vont en retour renforcer ou modifier la représentation qu'on se fait de la santé.

Rappelons que les sept catégories caractérisant la santé qui émergent de cette recherche, sont les suivantes :

- 1) La santé, pivot de la vie
- 2) La santé, comme « bien-être » ou « mal-être » physique
- 3) La santé, comme « bien-être » ou « mal-être » psychologique
- 4) La santé, contraire de la maladie
- 5) La santé, tributaire de l'environnement
- 6) La santé, tributaire des ressources financières
- 7) La santé, une affaire personnelle

La figure 5 met en évidence les principaux éléments de représentations de la santé. Nous avons synthétisé chaque catégorie en une phrase. Cette figure permet également de visualiser la part relative qu'occupe chaque catégorie explicative de la santé⁴⁸ dans le

⁴⁸ Pour déterminer l'importance relative de chaque catégorie d'éléments représentationnels de la santé, notre méthode consiste à (1) donner une note de 0 à 6 selon l'importance relative accordée par chacun de nos répondants, (2) compter le nombre d'unité du discours qui se rapportent à cette

discours de notre groupe de répondants. La santé « tributaire de l'environnement » occupe une place transversale, même si elle se trouve toute proportion gardée, moins présente dans certaines catégories.

catégorie, (3) pondérer le total par rapport à 360 degrés. Nous n'avons pas pris en compte notre catégorie « santé tributaire de l'environnement ». À la lecture globale de nos entrevues, cette catégorie se positionnerait de manière distincte et serait plutôt transversale.

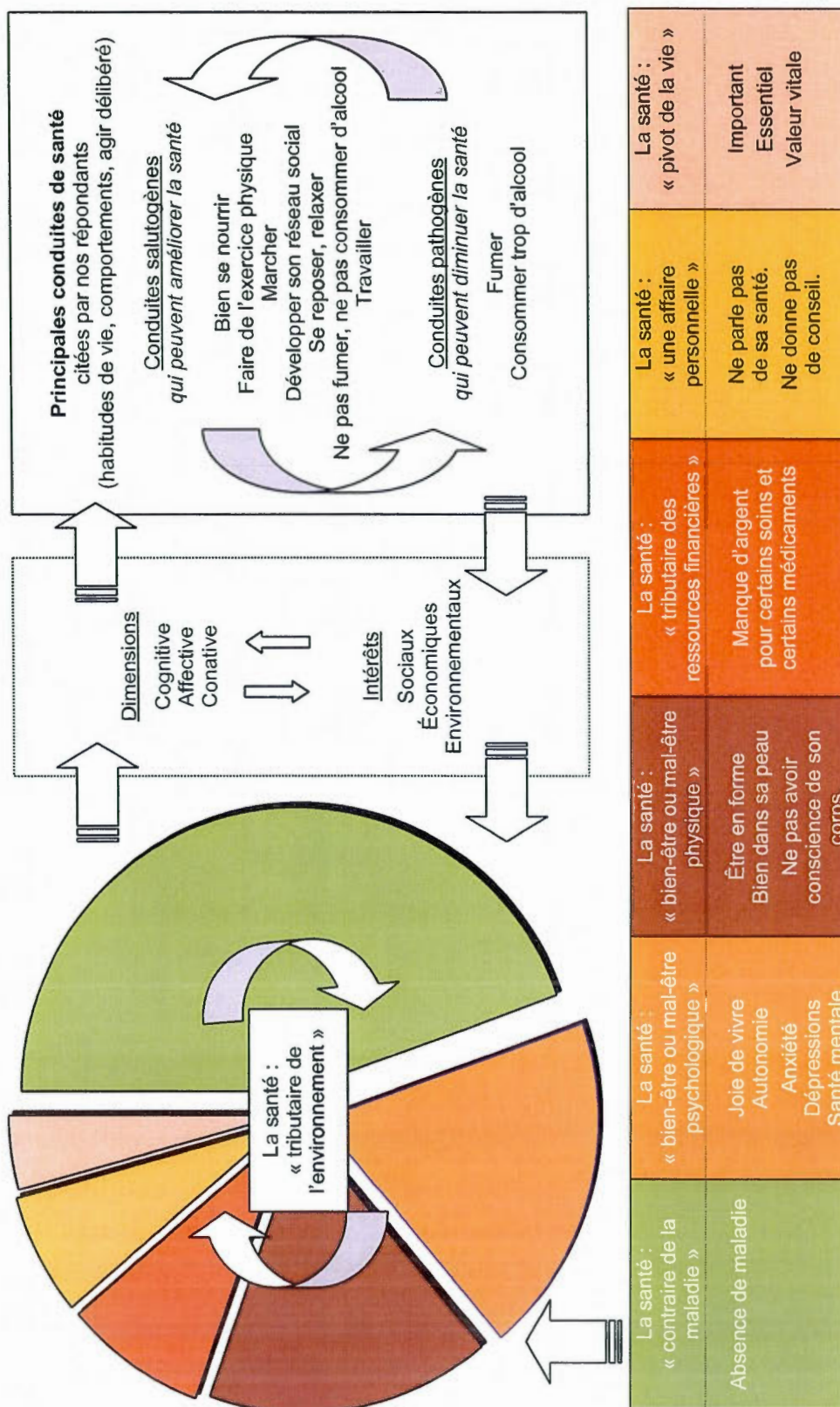


Figure 5 : Les catégories représentationnelles de la santé – Quartier Pointe-Saint-Charles

5.3 Les liens entre l'environnement et la santé

La relation entre la santé et l'environnement est évoquée par les personnes que nous avons rencontrées lors de nos entrevues individuelles. Cette conscience de l'interdépendance entre les deux est confirmée dans l'entrevue de groupe.

C'est sûr que l'environnement a un lien sur la santé. Les gens considèrent souvent la planète comme une véritable poubelle et on finit par payer pour cela. On a abusé de notre planète et maintenant on paye la note. C'est sûr ! Regarde, il y a de plus en plus d'enfants qui ont des otites. C'est sûr qu'on n'est pas en santé à cause de nous autres... C'est sûr que ça prend les gènes pour commencer. Mais si tu n'as pas les gènes, c'est l'environnement. (Michel)

Pour moi, les deux vont ensemble. L'un amène l'autre. L'environnement amène la santé. Cela veut dire que si tu as un bon environnement, que tout va bien, que tout est propre, que cela sent bon, tu risques d'être moins malade. Mais, un environnement qui est sale [...] va toucher ta santé. (Sylvie)

Il y a peut-être un lien entre l'environnement et la santé. Mais, cela dépend aussi des quartiers. (Gilles)

L'environnement est présenté par nos répondants comme l'un des déterminants de la santé. Parler de déterminants⁴⁹, c'est considéré ici que l'environnement a une influence sur la santé, qu'il peut agir de manière « négative » lorsqu'il favorise la survenue d'une maladie ou d'un « mal-être », ou de façon « positive » s'il permet à l'individu de se maintenir en bonne santé ou de retrouver un état de santé satisfaisant. Cette approche centrée sur les déterminants de la santé s'inscrit pleinement dans le champ de la promotion de la santé que nous avons présenté dans le cadre théorique de cette recherche.

En analysant le discours des personnes interviewées, nous avons mis en évidence plusieurs catégories représentationnelles de l'environnement de proximité. Premièrement, nous avons présenté l'environnement du point de vue de la dynamique sociale du quartier : ancrage dans le lieu, réseau social, engagement communautaire...

⁴⁹ Pour l'Agence de santé publique du Canada (www.phac-aspc.gc.ca - consulté le 20 décembre 2010), il y a douze déterminants de la santé : 1) le niveau de revenu et le statut social, 2) les réseaux de soutien social, 3) l'éducation et l'alphabétisme, 4) l'emploi et les conditions de travail, 5) les environnements sociaux, 6) les environnements physiques, 7) les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelle, 8) le développement de la petite enfance, 9) le patrimoine biologique et génétique, 10) les services de santé, 11) le sexe, 12) la culture.

Deuxièmement, nous avons mis en évidence différents types d'environnements qui s'inscrivent dans un angle plus écologique : l'environnement « problème », l'environnement « nature », l'environnement « espace de vie public » et l'environnement « décor ». L'environnement « déterminant de la santé » apparaît comme un élément de représentation transversal.

Précédemment, nous avons aussi décrit différentes représentations de la santé selon que les personnes mettent l'accent entre autres sur le caractère vital de celle-ci, le bien-être physique, le bien-être psychologique, l'absence de maladie, leurs ressources financières ou la dimension personnelle, voire privée de leur santé. Nous avons également observé que nos répondants conçoivent la santé comme tributaire de l'environnement.

Dans les sections suivantes, nous présentons le lien entre les représentations de la santé et les différentes catégories représentationnelles de l'environnement telles qu'elles ont été identifiées dans le cadre de notre analyse du discours des répondants du quartier Pointe-Saint-Charles. Nous avons fait le choix de prendre la santé comme point de départ de notre analyse tout en étant conscients que nous aurions pu l'articuler à partir de l'environnement. Des extraits du discours de nos répondants éclairent nos propos. Toutefois, pour éviter la redondance, nous renvoyons parfois le lecteur aux pages précédentes.

5.3.1 La santé tributaire de l'environnement social et communautaire

L'environnement social comprend notamment les groupes auxquels nous appartenons, le quartier où nous vivons et l'organisation des lieux de vie. La littérature montre que cet environnement social est associé à la santé et cela parfois indépendamment des facteurs de risque individuels (Yen et Syme, 1999). D'ailleurs, des recherches épidémiologiques ont montré l'importance du rôle du réseau social et mis en évidence que les individus les plus isolés étaient particulièrement vulnérables en matière de santé

(Barton et Tsourou, 2004 ; Bruchon-Schweitzer, 2002). La santé serait dès lors tributaire de l'environnement social, mais aussi de l'environnement communautaire⁵⁰.

Nous avons mentionné auparavant que la dynamique sociale du quartier Pointe-Saint-Charles occupe une place prépondérante dans le discours de nos répondants. Souvenons-nous que lors de nos entrevues, ceux-ci insistent sur la convivialité, l'entraide et la complicité entre les habitants. Dans leurs discours, ils expriment un sentiment d'appartenance tant au groupe, à la communauté qu'au lieu. La majorité des personnes interviewées manifestent également un degré de satisfaction par rapport à la dynamique sociale du quartier et à leur lieu de vie, comme le logement. Tout cela peut influencer positivement sur leur santé comme bien-être psychologique et physique. Il existe d'ailleurs une abondante littérature interdisciplinaire illustrant l'effet bénéfique sur la santé de cette appartenance sociale (Health Council of The Netherlands, 2004). D'après Sirgy et Cornwell (2002), la satisfaction que les personnes ont au sujet des caractéristiques sociales de leur quartier, comme les interactions et les relations avec les autres, joue un rôle important dans leur qualité de vie. C'est ainsi que les gens qui conservent des liens avec leur entourage sont généralement plus heureux, en meilleure santé physique et mentale (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Sirgy et Cornwell, 2002). Mais dans le cadre de notre recherche, nous constatons en dehors de quelques exceptions que la plupart de nos répondants ne signalent pas explicitement l'existence d'un tel lien entre cet environnement social et leur santé ou leur bien-être. Toutefois, quand ils en parlent, ils mettent de l'avant l'importance d'être entouré par des amis et de pouvoir leur partager ce que l'on vit. Les personnes font alors référence à la santé comme bien-être psychologique.

Pour ma santé, il faudrait que je m'entoure de gens qui ont les mêmes intérêts que moi. Il faudrait aussi m'entourer de gens qui me font confiance. [...] Pour ma santé, j'ai besoin d'amis comme tout le monde. Je n'ai pas juste besoin d'avoir un chat chez moi. (Jacques)

[Concernant ma santé...] Du côté de ma famille, cela va bien. Je n'ai pas de problème avec ma femme. Je n'ai pas de problème avec mes voisins. Je n'ai pas

⁵⁰ L'environnement social d'une personne fait référence entre autres aux groupes sociaux dont il fait partie et aux dynamiques sociales avec lesquelles il interagit. Ces rapports sociaux sont reliés à ses conditions de vie, à son niveau de revenu, à sa scolarité et sa formation. L'environnement communautaire correspond à l'ensemble des ressources et des services mis à la disposition de la personne dans son milieu de proximité.

de problème non plus avec les enfants de ma femme. Jusqu'à date, tout va bien. C'est important aussi. (Gilles)

Si je suis dépressive, je vais voir des amis et je jase. Cela va mieux. En plus, je suis sortie. J'ai changé mes idées. Et puis, j'ai fait un mouvement. Tout cela c'est bon pour ma santé. (Françoise)

À cet effet, nous avons signalé que plusieurs personnes interviewées lors de nos entrevues individuelles et de groupe parlent aussi de leur isolement, de leur solitude et de la nécessité de partager des activités pour ne pas rester enfermées chez elle. Un certain nombre d'études indiquent que l'isolement social, un réseau informel faible et des sentiments de solitude étaient largement exprimés par les personnes défavorisées. Dès lors, il faut sans doute nuancer quelque peu les propos de nos répondants. En ce qui concerne notre analyse, le discours relatif à l'environnement social des personnes interviewées dans le quartier Pointe-Saint-Charles semble essentiellement centré sur la notion d'aide et dans une faible proportion sur le partage d'activités communes. La mise à l'écart de la société est parfois clairement exprimée par certains de nos répondants qui déplorent cette situation. On peut supposer que l'entraide entre les résidents du quartier relève sans doute davantage d'une perception que d'une réalité. La famille, et à défaut la présence d'un réseau d'amis, constituent un lieu de cohésion et de soutien social où peuvent se construire et s'actualiser les ressources personnelles comme l'estime de soi ou le sentiment d'utilité. L'absence de tels liens serait source de mal-être, voire de détresse psychologique.

Pour être en santé, il faut s'entraider. Il faut participer à des organismes d'aide. C'est faire quelque chose de sa vie sans être un rejet de société. Moi, je me sens comme un rejet de la société. Je ne le parais peut-être pas, car je ne me promène pas avec mon sac de vidanges. Mais, aucune entreprise ne veut de moi parce que je n'ai pas de secondaire 5 et j'ai un état de santé précaire. [...] Je n'ai pas de famille, pas de père, pas de mère, pas de frère, pas de sœur, pas d'ami. J'ai mon chat chez moi, qui est ma seule compagnie. [...] Je n'ai aucune autre activité. À part la Maison du partage, il n'y a personne qui me connaît. Je passe entre dix-huit et vingt heures chez moi. (Jacques)

Les gens dans le quartier ne s'aident pas trop trop. Je trouve que cela se parle plus dans le dos qu'autre chose. Mais, je dirais que l'aide communautaire est bonne. (Lise - Groupe)

Dans le quartier Pointe-Saint-Charles, les organismes communautaires occupent une place particulière. Ils interviennent entre autres en soutenant et assurant le suivi des personnes ; ils offrent aussi des espaces de rencontre pouvant favoriser ainsi la création des liens sociaux. Comme nous l'avons signalé auparavant, la qualité de cet environnement communautaire est importante et pèse sur la santé et les relations interindividuelles. Les groupes communautaires sont d'ailleurs souvent mentionnés comme source d'information.

Si les gens vont chercher des ressources, cela va aider pour leur santé. [...] Comme venir ici au Club populaire des consommateurs et demander des conseils pour avoir un repas bien équilibré si tu ne connais pas cela. [...] Si je n'ai pas la santé,] je vais chercher toutes les ressources dont j'ai besoin maintenant. Quand je parle d'utiliser les ressources, ce sont : la Clinique communautaire, Madame prend congé, le Club des consommateurs, le groupe d'achats. (Sylvie)

J'essaye de me préoccuper de ma santé en utilisant les ressources. J'essaye de venir aux conférences qui sont organisées par le Club populaire des consommateurs quand je ne suis pas malade. Je viens aux « cafés-rencontres ». (Lise)

Nous avons souligné plus tôt dans ce chapitre, au point 5.1.1.2, que le quartier Pointe-Saint-Charles est aussi marqué par le manque de magasins et services. La médiocrité des installations et des services a une incidence sur la perception de la santé et le bien-être des personnes que nous avons rencontrées lors de nos entrevues. Whitacre et coll. (2009) observe que, en l'absence de supermarché et d'épicerie dans les quartiers où vivent des populations défavorisées, les résidents sont plus susceptibles de souffrir de maladies cardiovasculaires, de diabète et d'obésité. À ce sujet, les personnes que nous avons interviewées ont témoigné d'un accès limité à des aliments à prix abordables et nutritifs. Ce constat est confirmé par le Centre de santé et de service sociaux du Sud-Ouest et de Verdun (2010)⁵¹ : l'accessibilité aux aliments santé dans le quartier Pointe-Saint-Charles est faible ou nulle. Sans faire de lien direct, certains de nos répondants nous signalent notamment un taux important d'obésité dans le quartier.

Les gens ne sont pas en bonne santé dans le quartier. Je trouve qu'il y a quand même beaucoup de personnes qui sont souvent obèses. C'est sans doute parce

⁵¹ Centre de santé et de services sociaux Sud-Ouest et de Verdun (2010). *Plan d'action local en santé publique - Orientation 4 - Un environnement urbain favorable à la santé*. Accès : www.sov.qc.ca. Ce centre couvre entre autres tout le territoire de Pointe-Saint-Charles.

qu'elle mange bien des cochonneries. L'obésité, ce n'est pas ce qu'il y a de mieux pour ta santé. (Michel)

Pour la plupart des gens, le logement occupe une place importante dans leur vie. Au point 5.1.4 de ce chapitre, nous avons vu que le logement constitue un espace et de convivialité, un lieu refuge, de repos, un endroit d'intimité. La satisfaction ou l'insatisfaction dans les relations de voisinage immédiat influence la qualité de vie des personnes et leur santé. Cela affecte leur bien-être psychologique. La source de stress que peut engendrer de mauvaises relations avec ses voisins conduit entre autres l'un de nos répondants à nous communiquer qu'il en devient malade.

Je tombe malade parce qu'il y a un vendeur [de drogue] dans mon bloc. Je tombe malade parce que je me bats contre l'Office municipal qui ne prend pas ses responsabilités et c'est moi qui deviens la peste noire dans le bloc. Je viens alors chercher ma santé en venant entre autres à la Maison du partage. Quand je sors d'ici, je me sens bien. Je me sens comme une pomme fraîche, tu sais. (Jacques)

L'environnement social est aussi lié à la catégorie « santé, tributaire des ressources financières » ainsi qu'à une dimension plus personnelles comme l'éducation et, ou le niveau de scolarité.

Les gens dans le quartier ne sont pas en bonne santé. La santé, c'est à cause du manque d'argent, des conditions de vie, de l'éducation. Il y a aussi problème de gens qui ne savent ni lire ni écrire. (Françoise)

Beaucoup de gens dans le quartier ne sont pas en bonne santé parce qu'ils ne sont pas scolarisés. Il y a beaucoup de gens qui n'ont pas été à l'école, qui ont lâché très jeune l'école. (Sylvie)

Nous avons signalé précédemment dans la section sur les représentations de la santé que l'insuffisance de revenu serait une des principales sources de stress et sans doute de détresse psychologique. Le « reste pour vivre » des personnes ne suffit pas toujours à faire face aux dépenses de première nécessité qui permettrait d'avoir une bonne santé. Plusieurs chercheurs mettent d'ailleurs en évidence un effet du revenu individuel sur les risques en matière de santé et de décès (Leclerc et coll., 2000). La forme du lien existant entre la santé et le revenu semble particulièrement complexe. Le Centre de

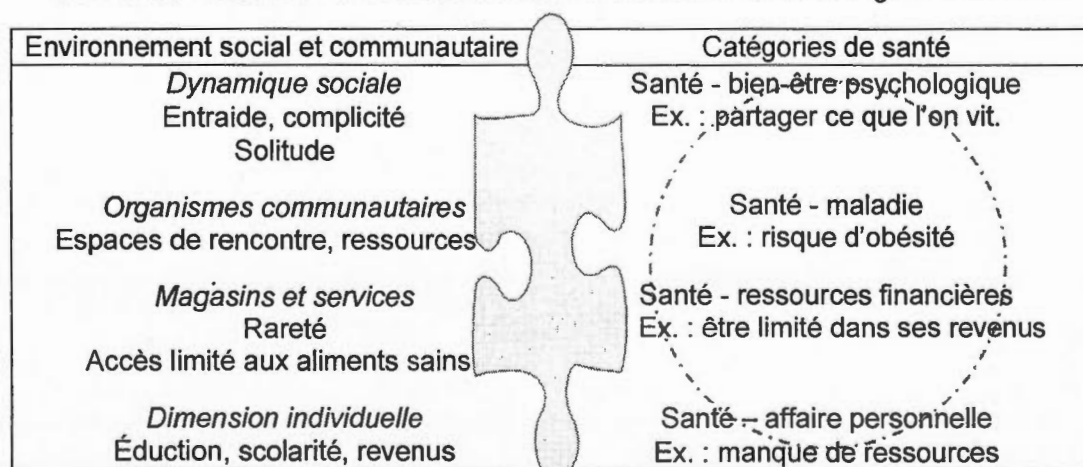
santé et de services sociaux du Sud-Ouest et de Verdun (2010) reconnaît que le nombre de famille consacrant plus du tiers de leur revenu pour se loger a augmenté dans le quartier. Pour eux, cette donnée illustre le besoin de soutenir des actions locales qui facilite l'accès au logement social et, ou communautaire à un prix abordable.

On n'a pas assez de place de logement pour les gens qui ont le bien-être social. Tu sais, c'est ça. C'est ça que je ferais moi ici à la Pointe. Cela améliorerait officiellement la santé des gens. Moi, je vois cela comme ça. (Normand)

Je ne pense pas que les gens soient beaucoup en bonne santé. Il y a beaucoup de problèmes de santé dans le quartier Pointe-Saint-Charles parce qu'il n'y a pas beaucoup de logements sociaux. Il y en a de moins en moins. Il y a des logements dans le quartier qui se louent jusqu'à 1100 \$ par mois. (Lise)

Le registre de l'environnement social et communautaire est très largement abordé par les personnes interrogées. Celui-ci concerne prioritairement la santé dans sa dimension de bien-être ou de mal-être psychologique et physique, mais touche aussi à des caractéristiques socio-économiques pouvant engendrer certaines pathologies. L'encadré 4 illustre les principaux éléments de l'environnement social et communautaire en lien avec les différentes catégories de la santé mentionnées dans le discours de nos répondants. C'est la santé comme bien-être psychologique qui est mise de l'avant.

Encadré 4
Liens entre l'environnement « social et communautaire » et les catégories de santé



La pièce du casse-tête (puzzle) illustre l'emboîtement des différents éléments de représentations de la santé et de l'environnement. Elle constitue un des éléments de notre modélisation synthèse. Le cercle en filigrane indique que les représentations de la santé ne sont pas indépendantes l'une de l'autre. Ces deux éléments graphiques, la pièce du casse-tête et le cercle accompagnent les prochains encadrés de cette section.

5.3.2 La santé tributaire de l'environnement « problème »

Les inquiétudes concernant les liens entre la santé et les problèmes environnementaux sont très largement présentes dans le discours des personnes interviewées. La pollution vue sous toutes ses formes - pollution de l'air, de l'eau et des sols ; pollution sonore - est un objet d'appréhension pour leur santé. Comme nous l'avons signalé dans les sections précédentes de ce chapitre, nous retrouvons dans leurs discours les expressions : « Affecte ta santé », « Attaque ta santé ».

Ton environnement physique - comme l'air, l'eau, le vent pollués avec la poussière et tout ça et qui assèche la peau aussi - rentre dans les poumons. Si je vis dans la pollution, ma santé est affectée. [...] L'air qui est pollué, les terrains pollués, le bruit, tout cela attaquent ta santé. (Françoise)

L'environnement « problème » est prioritairement cité en relation opposée avec la catégorie « santé, contraire de la maladie » : les problèmes environnementaux sont une des sources de maladies. À ce sujet, la qualité de l'air est la préoccupation sanitaire la plus importante exprimée par nos répondants. Pour ces derniers, les polluants atmosphériques constituent un risque pour leur santé, directement par l'inhalation, mais aussi indirectement par leur incidence sur l'environnement en « développant les microbes ». Comme nous l'avons annoncé précédemment, les effets et conséquences de la pollution atmosphérique sont exprimés en relation avec un vécu immédiat (« Ma santé est affectée »), mais aussi dans une perspective de long terme : « Cela enlève la vie ».

La qualité de l'air c'est quand même quelque chose d'important. Si on ne respire pas bien, on ne peut pas être en bonne santé. [...] Il faut avoir une bonne qualité d'air pour être en bonne santé. (Marc)

C'est vraiment important d'avoir du bon air pour notre santé. C'est important pour la santé de nos poumons. Oui, c'est important d'avoir du bon air. (Gilles)

Tu sais, des fois, on développe des microbes avec la pollution. Avec la pollution, on attrape tout. [...] Il y a tellement de pollution que les gens sont malades maintenant. [...] Si l'environnement est toujours pollué, cela joue sur ta santé. (Sylvie)

La mauvaise qualité de l'air renvoie à un sentiment de crainte qui touche la vie quotidienne des personnes, mais aussi celle des générations futures. L'asthme, les allergies et les difficultés respiratoires sont les plus souvent mentionnés. D'ailleurs, plus de la moitié de nos répondants ont de l'asthme. Françoise se questionne clairement sur la santé future de ses petits enfants ainsi que la sienne, en lien direct avec la pollution.

Le taux de pollution dans l'air est pire qu'avant. On a de la misère à respirer. [...] Je suis grand-maman de trois enfants. Quand ils vont avoir l'âge de dix-huit ans, est-ce qu'ils vont être capables de respirer ? Il y en a un qui a déjà commencé à avoir des problèmes avec de l'asthme, avec des allergies. Il devient de plus en plus sensible du côté de sa santé à cause de la pollution. Moi, l'autre jour, je toussais et je n'étais plus capable de respirer. J'ai été obligé de prendre mon médicament. D'habitude, je le prends rien qu'une fois par jour. Là, je suis rendue à devoir le prendre quatre fois par jour. C'est dû à des problèmes de pollution de l'air. Qu'est-ce qui va arriver dans cinq ou six ans si rien ne change ? (Françoise)

Si l'environnement est bon, cela va aider les gens pour leur santé. Il y aura peut-être moins de gens qui feraient de l'asthme. (Sylvie)

La cause de mon asthme est due sans doute à la cigarette premièrement, mais aussi la pollution, la poussière, le pollen. J'ai vu notamment à la télévision que le pollen pouvait faire en sorte que tu as de la misère à respirer et provoquer ainsi de l'asthme. La pollution, le pollen, la poussière bloquent tes bronches et ça te prend un dilatateur. (Marc)

Les propos tenus par les personnes rejoignent certaines études qui montrent l'existence d'associations entre la pollution atmosphérique et les crises d'asthme, les difficultés et maladies respiratoires, mais aussi les pertes de capacité pulmonaire et la mort précoce (Institut canadien d'information sur la santé, 2011 ; Fisher et Dodeler, 2009 ; Jacques, 2005 ; American Thoracic Society, 1996 ; Stieb et coll., 1995). De façon générale, il est admis dans la littérature que le nombre annuel de décès attribuables aux effets d'une exposition à la pollution atmosphérique dans le long terme serait plus important que le nombre attribuable aux effets de l'exposition à court terme. Aussi, les personnes plus défavorisées sont plus à risque de développer des problèmes respiratoires que les autres, car elles sont plus susceptibles d'être exposées à la pollution de l'air extérieur

(Institut canadien d'information sur la santé, 2011 ; Jacques, 2005). Souvenons-nous que la cause de cette pollution la plus souvent énumérée par nos répondants est la circulation routière. Or, une étude canadienne réalisée à Montréal montre que les risques de troubles respiratoires étaient plus élevés chez ceux qui habitaient proche de routes importantes (Smargiassi, 2006, cité par l'Institut canadien d'information sur la santé, 2011). Dans notre présentation du quartier Pointe-Saint-Charles, nous avons indiqué entre autres que plusieurs autoroutes étaient avoisinantes.

Nous avons aussi vu précédemment que pour nos répondants, la propreté des lieux était fondamentale. Cette propreté urbaine correspond pour les personnes à la garantie d'un cadre de vie agréable et harmonieux. C'est la santé comme bien-être ou mal-être psychologique et aussi comme bien-être ou mal-être physique qui est surtout évoquée ici : « Influence ton moral », « Sent mauvais ». Les personnes que nous avons interviewées estiment que le quartier est malpropre, c'est-à-dire que les espaces publics sont trop souvent indûment encombrés de déchets et de détritits.

L'environnement du quartier a une influence sur le moral. Si tu te promènes et que tout est sale et que tout est dégueulasse, tu finis par déprimer. Tu es moins bien quoi. Ce n'est pas bon pour ta santé. C'est ça aussi. (Lise)

Pour la santé des gens, il faut nettoyer le quartier. Il faut dire que c'est important pour la santé que ce soit propre. (Sylvie)

On a bien les poubelles qui traînent. [...] Cela a un impact sur ma santé. Ça pue notamment. Mais, si elles sont là pendant deux semaines, je n'en mourrai pas. Je ne vais pas tomber malade parce qu'elles sont là depuis deux semaines. (Marie-Josée)

[Pour la santé,] ce n'est pas bien de vivre dans la saleté... Comme je le dis, si quelqu'un est capable de nettoyer son trottoir avec de l'eau, il doit le faire. (René)

Plusieurs de nos répondants font aussi mention d'un lien entre la santé, la propreté du logement et la pollution intérieure.

C'est sur qu'il y a un lien entre l'environnement et la santé. Si c'est propre dans ta maison et à l'extérieur de ta maison, tu pourras mieux respirer. Donc, tu peux mieux vivre. C'est vrai ! La propreté dans ta maison joue sur la santé. (Lise)

Si les gens ne prennent pas soin de leur logement, c'est sûr que cela risque de les rendre malades. Encore là, il y a la pollution dans la maison. L'air qui circule dans la maison, c'est important aussi. Si ce n'est pas propre, si c'est sale, cela n'aide pas ta santé non plus, que ce soit pour ta santé physique ou ta santé mentale. (Sylvie)

Nous nous rendons compte que la qualité de l'air à l'intérieur de son logement est reconnue par plusieurs de nos répondants comme un facteur préoccupant pour la santé comme bien-être physique, mais aussi comme source de maladie. Pour Zeghnoun et Dor (2010), la pollution intérieure serait d'ailleurs responsable de la fréquence de diverses pathologies respiratoires. Cette mauvaise qualité de l'air peut être liée à des habitudes de vie comme fumer ou non à l'intérieur et également accentuée par la dégradation de certains logements. Quelques personnes interviewées nous indiquent des problèmes sanitaires dans leur logement ou dans celui d'un voisin ou d'un ami qui habite dans le quartier : mauvaise isolation, humidité, moisissure. Voilà autant d'éléments qui influencent l'état de santé des personnes.

Avec tout ce qui coure comme microbes et bactéries, si tu as un logement qui est mal isolé, qui a de la moisissure, où il fait extrêmement froid, ta santé sera déjà plus faible et tu vas être plus vite malade. Tu vas être malade parce que tu ne peux pas contrôler le chauffage si c'est mal isolé. Si c'est trop humide, tu as trop de moisissures. Alors, c'est très important d'avoir un logement où il n'y a pas trop d'humidité, où c'est propre. (Françoise)

Mon logement est mauvais pour ma santé. Il y a de la moisissure, des champignons ; le tapis est fini ; l'eau coule du toit. C'est très sale. Il y a aussi un peu de moisissure dans ma salle de bain. Il manque aussi aux fenêtres des moustiquaires. Mais là, c'est parce que je ne parviens pas à m'entendre avec mon propriétaire. [...] Oui, c'est certain qu'on peut améliorer sa santé en ayant un logement de bonne qualité. (Lise)

Mon frère, il habite où il y a de la moisissure dedans. C'est sûr qu'il risque d'être malade à cause de la moisissure. Il risque de faire de l'asthme. (Sylvie)

D'ailleurs, dans le document du plan local du Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest et de Verdun (2010), on lit que le parc immobilier dans le quartier Pointe-Saint-Charles semble plus vieux et plus mal entretenu qu'ailleurs à Montréal et que le nombre de logements qui requièrent des réparations majeures s'est accru ces dernières années. Malgré cela, plus de la moitié des personnes interviewées ne signalent aucun problème particulier. À l'inverse, plusieurs personnes font référence à des éléments

favorables pour leur santé dans leur logement tels que la luminosité, de grandes fenêtres pour aérer, un balcon.

Dans mon logement, il y a beaucoup de fenêtres. Il y a beaucoup beaucoup d'air. Il y a des châssis partout. J'ai aussi des balcons. Ça, je trouve que c'est très bon pour ma santé. Il y a beaucoup de lumière dans mon appartement. Oh oui ! Ça, c'est bien ! (Lise)

J'aime avoir une fenêtre dans ma chambre. C'est vraiment important de pouvoir bien respirer. J'ai l'habitude de dormir toujours avec la fenêtre ouverte le soir. Pour ma santé, il faut qu'il y ait des changements d'air. Cela fait du bien. (Marc)

La qualité de l'eau de la ville a été évoquée par quelques personnes lors de nos entrevues individuelles. Dans le quartier Pointe-Saint-Charles, les personnes estiment que la mauvaise qualité de l'eau constitue un risque pour ta santé : « Tu vas te sentir mal », « Tu peux te faire empoisonner », « L'eau que l'on boit peut donner le cancer ». Rappelons-nous au passage que quelques-uns de nos répondants nous ont parlé entre autres de la chloration de l'eau et de la mauvaise qualité des canalisations. Le discours de nos répondants traduit cet état du délabrement des infrastructures d'eau de la ville de Montréal dénoncé par de nombreuses sources depuis plusieurs années⁵².

Regarde, l'eau n'est pas bonne à boire. C'est sûr que tu vas te sentir mal. Tu ne vas pas être en santé. [...] Quelqu'un qui ne le sait pas risque alors de se faire empoisonner. Ce n'est pas pour rien qu'il y a autant de monde qui attrape le cancer. C'est sans doute aussi à force de boire de l'eau corrompue. Une raison pour laquelle le monde a le cancer, c'est à cause de l'eau que l'on boit. Bon, il y a d'autres choses aussi. Mais, c'est par ce qu'il y a dans l'eau aussi que ça s'attrape. C'est comme ça que je vois cela. (Marc)

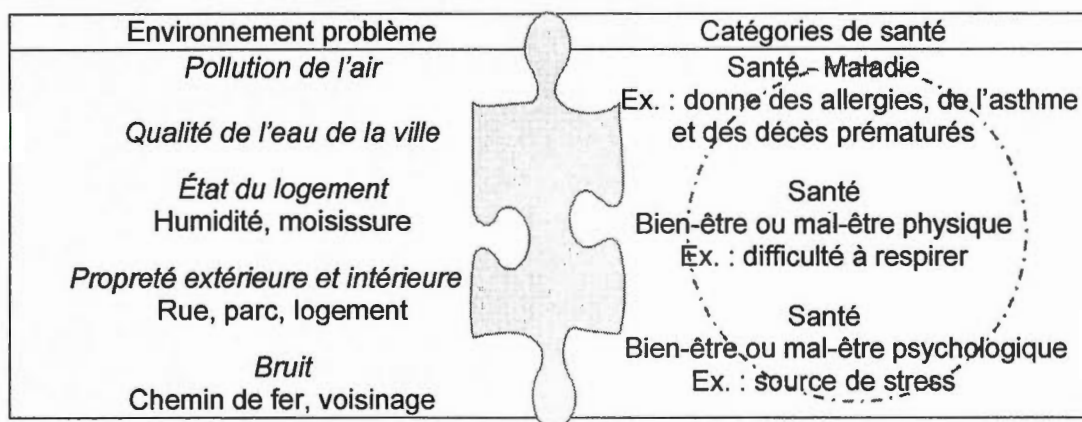
Nous avons également vu précédemment (point 5.2.1.1) que certaines personnes évoquaient des troubles du sommeil liés au bruit de la voie ferrée ou à des problèmes d'agitation dans le voisinage, de manque d'intimité. Tout cela peut être source de stress intense. Rappelons-nous qu'un de nos répondants nous a longuement décrit les

⁵² Minardi, J-F. (2010). La gestion des services d'eau à Montréal. La dépêche Fraser, Institut Fraser : Il y a eu 135 ruptures de canalisations d'eau à Montréal en 2009. Selon l'ancien directeur général de la Ville, Claude Léger, 40 % de l'eau est perdue chaque année en raison des fuites dans les conduites d'eau. Aussi, les usines de production d'eau potable doivent être mises à niveau pour se conformer aux dispositions du Règlement provincial sur la qualité de l'eau potable. (p. 2)

nombreux passages nocturnes dans le couloir de son bloc appartement qui nuisait à son repos et créait un sentiment d'insécurité.

L'encadré 5 illustre les principaux éléments de l'environnement « problème » en lien avec les différentes catégories de la santé mentionnées dans le discours de nos répondants. Plusieurs problèmes d'origines anthropiques ont un impact négatif sur la santé humaine et génèrent des nuisances voire des pathologies. C'est la santé vue comme contraire de la maladie qui est la plus souvent citée.

Encadré 5
Liens entre l'environnement « problème » et les catégories de santé



5.3.3 La santé tributaire de l'environnement « nature »

Les parcs, et les aires naturelles peuvent aider les personnes à vivre en bonne santé et connaître un bien-être physique et psychologique. Ces espaces verts donnent ainsi la possibilité selon quelques-uns de nos répondants de se livrer principalement à des activités de relaxation. « Se recueillir », « se ressourcer » et « se reposer » sont les mots utilisés. L'action psychologique des arbres et des fleurs est soulignée comme favorable pour sa santé. Cette action psychologique est surtout exprimée par des termes renvoyant à l'usage des sens. La végétation est agréable à regarder et à sentir. L'environnement « nature » est donc directement associé à la santé déclarée comme

bien-être psychologique et aussi physique. Ce constat rejoint l'étude de Maas et coll. (2009). Ces auteurs ont entre autres montré que la santé mentale est le critère le plus sensible à la proximité d'un coin de nature. Les troubles anxieux et la dépression diminueraient d'un tiers parmi les personnes qui habitent proche d'un espace vert.

Dans notre analyse de contenu, la relation entre l'environnement « nature » et la santé énoncée par nos répondants s'exprime notamment par le contact avec l'air pur et les bonnes odeurs, la récupération du stress et de la fatigue.

Moi, ce que je trouve qui est bon pour ma santé, c'est comme je vous l'ai dit, c'est la nature. C'est... Moi, je trouve cela bon. Pour moi, c'est cela qui est bon pour ma santé. (Normand)

Pour être santé, j'ai besoin de voir et de sentir de bonnes choses : les arbres, les fleurs. Tout cela, c'est bon pour ma santé mentale. C'est comme si cela me donnait de l'énergie. [...] Puis, il y a aussi les parcs pour aller me reposer, pour me reprendre en main moi-même. Cela me fait du bien. [...] Moi, je t'ai dit que les espaces verts et ces choses-là, cela fait du bien sur ma santé. C'est de pouvoir aller me recueillir avec la nature. J'aimerais bien qu'il y ait un parc à tous les coins de rue avec des arbres, avec des lilas. (Marie-Josée)

Dans les espaces verts, tu peux aller facilement t'écraser dans le gazon et prendre de quoi lire. [...] C'est là où tu peux relaxer et être bien. (Jacques)

Selon la littérature, les espaces verts permettent également de garder la forme physique et un bon moral. Ils offrent des possibilités d'exercice, de loisirs, de socialisation et contribuent ainsi à la création d'un sentiment d'appartenance (Sugiyama, 2008 ; Maas, 2008 ; Groenewegen, 2006 ; Health Council of The Netherlands, 2004). Les parcs publics peuvent créer un environnement favorable pour réduire l'isolement social et contribuer au développement de réseaux sociaux (Groenewegen, 2006). S'y promener régulièrement apporte une amélioration considérable pour la santé. Cependant, nous avons pu constater auparavant que très peu de nos répondants reconnaissent cette fonction sociale. De même, les activités physiques envisagées par ceux-ci, comme la marche, sont surtout utilitaires et non récréatives.

Près de chez moi, il y a le parc Marguerite Bourgeois. Mais, je ne suis jamais allé dans ce parc. [...] Ce n'est pas un endroit où je vais. Je ne ressens pas le besoin d'aller dans un espace vert. Quand je dois aller à la pharmacie du quartier, je passe à côté du parc. Mais, je n'ai pas le besoin d'aller dans le parc. Tu ne vas pas là comme ça pour ne rien faire. (Michel)

Aussi, la végétation offre de nombreux avantages pour la santé physique en réduisant la pollution atmosphérique. Les espaces verts et les arbres contribuent ainsi à la purification de l'air et à rendre le milieu de vie plus sain. Rappelons-nous que la nature est d'ailleurs désignée par certains de nos répondants, comme le poumon vert. Les expressions « Aide à respirer », « Enlève la poussière », « Donne des vitamines », « Retire les microbes » sont souvent utilisées par les personnes que nous avons rencontrées lors de nos entrevues. D'ailleurs, selon Maas et coll. (2009) certaines maladies respiratoires bénéficieraient de l'influence des espaces verts ; l'asthme et les infections respiratoires supérieures diminueraient si on réside proche d'un espace vert. Toutefois, la relation bénéfique serait moindre si les personnes ne fréquentent pas ces espaces (Mass et coll., 2009).

Finalement, le discours de nos répondants rejoint en plusieurs points ce que dit la littérature. L'environnement naturel dans les villes joue un rôle important pour la santé et bien-être des communautés (Maas et coll., 2009 ; Sugiyama et coll., 2008 ; Groenewegen et coll., 2006). Mais certains de nos répondants font aussi référence à la contamination des parcs comme facteur pouvant influencer la santé. Nous avons vu précédemment que plusieurs personnes exprimaient une certaine crainte pour leur santé : « en allant dans le parc, qui te dit que tu ne vas pas te contaminer » (Françoise). Notons au passage que selon la littérature, les personnes les plus exposées aux effets de la contamination des sols sont celles qui y habitent à proximité. De nombreuses substances chimiques mesurées dans des sols pollués sont par ailleurs connues pour générer des effets multiples sur la santé⁵³.

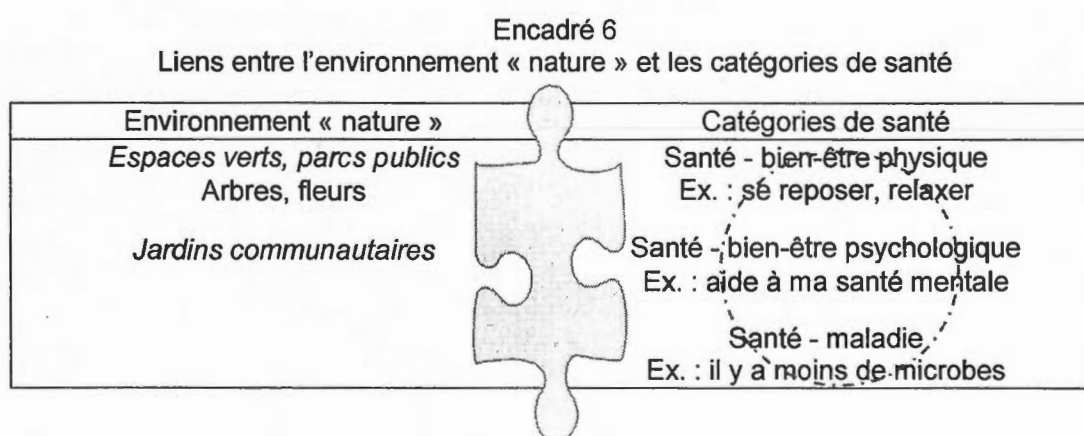
Il y a tous les endroits verts qui sont bons pour ta santé. Tu peux t'asseoir dans le gazon. Tu peux t'asseoir là où il y a beaucoup de verdure. Mais, je ne parle pas du parc Leber, car il est contaminé. (Françoise)

Quelques-uns de nos répondants ont également fait allusion à l'importance des jardins communautaires comme bénéfique pour la santé. Mais, nous avons aussi noté au point 5.1.1.3 de ce chapitre que les personnes n'étaient pas prêtes à s'investir dans de telles initiatives.

⁵³ Institut de veille sanitaire. Dossier thématique « Sol pollué et santé » consulté sur Internet en janvier 2011 - Accès : www.invs.sante.fr/surveillance/sols_pollues/default.htm

Pour améliorer la santé... Il y a déjà des jardins communautaires qui se font déjà.
(Marie-Josée)

L'encadré 6 illustre les principaux éléments de l'environnement « nature » en lien avec les différentes catégories de la santé relevée dans l'analyse du discours de nos répondants. C'est la santé comme bien-être ou mal-être physique et aussi comme bien-être ou mal-être psychologique qui prédominent dans le discours de nos répondants.



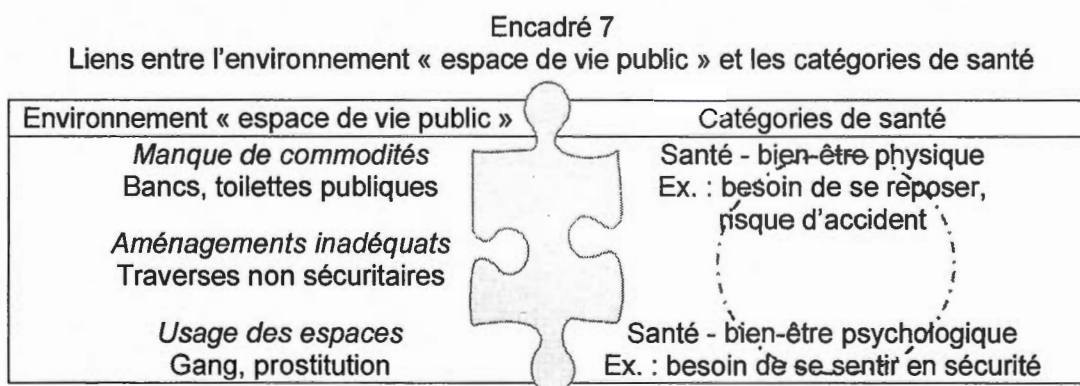
5.3.4 La santé tributaire de l'environnement « espace de vie public »

Le mode d'aménagement du quartier peut aussi exercer des effets sur notre santé à plusieurs égards. Quelques personnes interviewées ont insisté sur l'absence de commodité et de mobilier urbain convivial dans le quartier. Ce manque a une influence de façon diversifiée sur la santé, surtout en ce qui a trait à la dimension de bien-être physique : « L'absence de commodité peut avoir un impact sur notre santé » (Lise). À titre d'exemple, rappelons que le peu de bancs publics ne permet pas aux personnes de s'asseoir et de se reposer ; l'inexistence de toilette publique est également présentée comme un problème pour la santé ; le manque de traverses sécuritaires (passages pour piétons) peut entraîner des accidents. Plusieurs de ces points ont déjà été illustrés précédemment.

Nous avons aussi signalé auparavant que les personnes ont mentionné des problèmes d'insécurité dans les espaces publics du quartier créant ainsi une zone d'inconfort, de crainte qui peut entraîner des effets néfastes sur leur santé.

Dans mon coin, je me sens moins en sécurité parce qu'il y a moins de trafic. À neuf heures du soir, il n'y a plus personne sur la rue. Moi, je me dis que si je crie au feu ou quelque chose de même, est-ce que quelqu'un va m'entendre ?
(Françoise)

L'encadré 7 illustre les principaux éléments de l'environnement « espace de vie public » en lien avec les différentes catégories de la santé relevée dans l'analyse du discours de nos répondants. Le manque d'aménagements structurels locaux affecte la santé surtout dans sa dimension de bien-être physique et, dans une moindre mesure, la dimension de bien-être psychologique.



5.3.5 La santé tributaire de l'environnement « décor »

L'environnement « décor » fait référence à la beauté, à l'appréciation de ce qui est autour de nous. Nous pouvons sans doute supposer qu'un cadre de vie qui plaît à un impact sur la santé des personnes. Cependant, nous constatons *a priori* qu'aucune référence directe à la santé n'est mentionnée par nos répondants concernant l'environnement « décor ».

L'encadré 8 illustre les principaux éléments de l'environnement « décor » en lien avec les différentes catégories de la santé relevée dans l'analyse du discours de nos répondants. Rappelons-nous que les éléments de représentation de l'environnement « décor », tout comme ceux de l'environnement « espace public », sont relativement peu présents dans le discours des personnes rencontrées. Nous observons aussi que les liens avec la santé exprimés par les répondants sont très peu élaborés, voire inexistant.

Encadré 8
Liens entre l'environnement « décor » et les catégories de santé

Environnement « décor »	Catégories de santé
<i>Autour de nous</i> Rue, bacs de fleurs	Santé - bien-être psychologique Ex. : voir de belles choses, être bien.

5.3.6 La santé, tributaire des conduites de vie

Précédemment dans ce chapitre, nous avons abordé la question des conduites d'une part en matière d'environnement et d'autre part en ce qui concerne la santé. Les conduites alimentaires sont largement dominantes dans le discours des personnes interrogées dans le cadre de cette recherche. Ces conduites que nous avons abordées très brièvement comme conduites de santé se retrouvent à un carrefour où se croisent des habitudes familiales, des croyances multiples, des pathologies spécifiques, des normes nutritionnelles, etc. Comme « contact privilégié entre la nature et l'être humain, la nourriture est un bon indicateur des effets de l'environnement sur la santé », selon Payeur (2001). L'alimentation est vue aussi comme axe fondamental de la vie, car elle est reliée à des impératifs biologiques, mais elle est aussi tributaire de contextes d'ordre socio-économique et d'aménagement urbain comme l'absence de certains magasins dans le quartier, ce qui peut rendre l'accès à certains aliments impossible. L'alimentation est dès lors au cœur des difficultés économiques vécues par notre public cible, et au carrefour des dimensions affectives, sociales et culturelles de la vie du quartier. La plupart des personnes interviewées utilisent les banques alimentaires dans le quartier et, ou vont quotidiennement manger au restaurant social de la « Sint Columbia House ».

Comme nous l'avons signalé plus tôt dans ce chapitre, les conduites alimentaires occupent une place centrale dans le discours de nos répondants. La presque totalité d'entre eux indique que l'alimentation ou plutôt le « bien manger » est un déterminant majeur pour éviter un mauvais état de santé, pour redevenir en santé, pour se maintenir en santé ou pour améliorer sa santé.

Moi, j'aime la manière dont j'alimente mes affaires. C'est important de bien manger pour se tenir en santé. Oui, c'est très important. (Normand)

Si je ne mange pas bien, ma santé est affectée. Mais, il faut apprendre à survivre. Ce n'est pas vivre, mais survivre avec tes moyens, et prendre des précautions pour garder la santé. (Françoise)

Pour être en santé, il faut que tu fasses attention à ton alimentation. C'est la plus importante chose à faire. L'alimentation, c'est vraiment important pour la santé. [...] Comme si tu poignes un cancer et que tu ne peux plus rien faire, ce n'est pas de ta faute à toi. Mais en général, si tu fais attention à toi et si tu fais attention à ton alimentation, ta santé sera bonne. C'est cela. Les gros bobos du monde pour moi sont dus à l'alimentation. (Gilles)

Si les personnes interviewées tiennent un tel discours, elles montrent aussi toute la difficulté d'appliquer dans leur vie quotidienne ce « bien manger ».

Les personnes rencontrées lors de nos entrevues individuelles et de groupe signalent que l'alimentation a un rôle déterminant dans l'apparition de certaines maladies, surtout pour l'obésité et les maladies cardio-vasculaires. Dans une moindre mesure, elles abordent la relation entre l'alimentation et certains cancers, sans nécessairement faire des liens entre les deux. Le cancer semble davantage lié à d'autres causes comme la pollution de l'air, de l'eau et le tabagisme.

Au niveau de ta santé, si tu ne prends pas soin de toi, comme au niveau alimentaire, cela joue beaucoup. Il y a aussi tellement de cancer aujourd'hui dont on entend parler. (Sylvie)

Bien manger ne veut absolument rien dire. Je regarde les deux enfants chez ma tante, ils mangeaient bien et ils sont tous les deux morts d'un cancer. (Michel)

Concernant les repères de consommation, la plupart des personnes considèrent qu'il faut manger des fruits et des légumes sur une base quotidienne pour être en santé. Elles associent cela à une bonne alimentation. Mais, qu'est-ce qu'une bonne alimentation ?

Pour certains, cela signifie avoir une alimentation variée, diversifiée, « balancée », pour répondre à ses besoins et avoir le maximum de vitamines.

Une bonne alimentation, c'est des aliments balancés. C'est ne pas manger tout le temps la même chose. C'est varier les légumes que l'on mange. C'est varier son menu pour arriver à avoir le maximum de vitamines, et puis tout ce dont j'ai besoin pour mon système. (Françoise)

Pour un autre, c'est « pouvoir manger de tout ».

Une bonne alimentation, c'est pouvoir manger de tout : de la viande, du poisson, des légumes, du fromage, des fruits, des légumineuses, du riz, des céréales... Moi, je crois que j'ai une bonne alimentation. (Lise)

Dans le cas de Normand, l'accent est surtout mis sur les légumes, la viande et les fruits pour être en santé :

Une bonne alimentation, c'est manger bien des légumes. Ça, c'est très important. C'est très bon pour la santé de manger bien des légumes. Puis... C'est ça. Il faut manger bien des légumes et de la viande. Il faut aussi manger des patates. Tu sais, mon chum Marcel ne mangeait que de la soupe... Il ne mangeait jamais de viande. Il ne mangeait jamais de légumes. Il n'avait pas une bonne alimentation. C'est important de bien manger pour se tenir en santé. C'est ça qui est bon. [...] C'est comme les fruits. Manger un fruit, c'est important pour la santé. (Normand)

Marie-Josée met plutôt l'importance sur la notion d'habitude, qu'on pourrait relier à l'idée de régularité. Elle parle de : « bonnes habitudes alimentaires » pour avoir « une bonne santé ».

Une bonne habitude alimentaire, c'est de manger des fruits, des légumes, du lait et de la viande. C'est important d'avoir de bonnes habitudes alimentaires pour notre santé. C'est important pour pouvoir avoir une bonne santé. Si on n'avait pas de bonnes habitudes alimentaires, on n'aurait pas une bonne santé. (Marie-Josée)

Enfin, nous noterons que Marc utilise l'expression « manger santé ». Ce terme est associé à une consommation régulière de fruits et de légumes.

C'est important d'avoir une bonne alimentation pour sa santé. Regarde, moi j'essaie de manger le plus santé possible. Quand je dis manger santé, c'est surtout mangé beaucoup de salades, beaucoup de fruits, beaucoup de légumes. Je mange au moins un fruit par jour minimum. (Marc)

Dans tous les cas précédents, nous voyons que les personnes font référence à la diversité : légumes, fruits, viande, lait... La référence à la consommation régulière de

fruits et de légumes est cependant dominante et semblerait liée aux messages et recommandations prescriptives véhiculées par les médias et le guide alimentaire canadien.

Nous pourrions aussi parler d'un « manger trophique » du fait que dans le discours des personnes nous retrouvons des termes qui renvoient à la corporéité et qui décrivent ce que l'alimentation fait au corps. Il est surtout question du rapport à son corps et d'une dimension biologique. On y retrouve des mots qui renvoient aux organes tels que le cœur, les poumons... mais aussi des termes comme cholestérol, vitamines, fer, calcium potassium, etc.

Si je ne mange pas vraiment sainement avec des fruits et des légumes, du lait et de la viande, je serais encore plus grosse que ça. Je pourrais alors avoir des problèmes avec le cœur, avec les poumons et toutes sortes de choses intérieurement, même avec le sang ou d'autres maladies. (Marie-Josée)

Je mange mieux et puis je mange moins. Dans le sens que je mange moins parce que je faisais du cholestérol. (Gilles)

La santé, c'est d'abord bien se nourrir. C'est comprendre son corps humain et ce qu'il a besoin comme nourriture. [...] Je me dis par exemple que si j'ai des problèmes avec mes os, il faut que je prenne des minéraux, du calcium, du potassium ou du zinc. J'essaye toujours de me trouver un moyen pour régulariser ma santé. (Jacques)

Cela demande beaucoup de fer pour être en santé. Dans la viande, il y a beaucoup de fer. Oui, il faut du fer. Je sais qu'on est plus résistant quand on mange de la viande. La personne qui ne mange pas assez de viande va être plus faible plus vite et être moins endurante. Donc, si tu manges de la viande, tu vas être plus endurant. Moi, j'en mange beaucoup pour cela. (Marc)

Le rapport à l'alimentation apparaît ainsi comme autocentré. C'est de son propre corps dont on se préoccupe : « il faut être à l'écoute de son corps ». C'est le vivre biologique.

Il faut que l'alimentation réponde à mes besoins physiques. Il faut que je sois à l'écoute de mon corps. Quand je me sens fatiguée, je m'arrête, je me repose et je mange des choses qui ont plus de fer pour m'aider à remonter. C'est une chose que j'ai apprise depuis longtemps. Je dois m'analyser moi-même. Le médecin me dit : « tu es fatiguée, va te coucher ». Mais, est-ce que c'est vraiment la fatigue ou est-ce que je n'ai pas mangé ce que j'aurais dû manger ? C'est rien que moi qui le sais. Ce n'est pas mon médecin, mon ami ou quelqu'un d'autre. C'est moi qui le sais. (Françoise)

C'est bien important que je fasse attention à ma santé. Je prends juste ce dont mon corps a besoin. Quand je mange, si cela ne rentre plus, c'est bien correct. Je fais bien attention. (Gilles)

Pour l'une des personnes, l'alimentation dépend aussi des saisons. Elle nous dit :

À l'hiver, j'ai besoin de plus de fer que d'autres choses pour combattre les rhumes et les affaires de même. Alors, je vais manger plus d'oranges, plus de jus d'orange pour tout combattre. En été, il fait très chaud. Donc, j'ai besoin de plus d'eau, plus de liquide, plus de jus, plus de sel aussi parce que je transpire plus... Un melon d'eau... Ce qui fait que mon alimentation d'hiver n'est pas comme mon alimentation d'été. Il faut que je varie. (Françoise)

Comme autre conduite, quelques personnes interviewées nous parlent du rôle de leur animal de compagnie. Celui-ci interagit avec eux et le monde qui les entoure et les aide à rester en bonne santé et actifs. L'animal excelle dans son rôle social d'animal de compagnie. Il partage la vie quotidienne de la personne, fait partie de la maison. Il crée une présence dans leur logement. Il réduit l'ennui et le sentiment de solitude. Dans certains cas, il joue presque un rôle de substitut humain.

Pour ma santé, mon chien m'aide beaucoup. Il ne fait pas ses besoins à l'intérieur dans la maison. Alors, je m'habille, je sors et je prends des petites marches le matin avec mon chien. Du côté affection aussi, il m'aide beaucoup puisque je suis seule. Cela aide du côté de ma santé psychologique et physique aussi. (Françoise)

Pour moi, c'est important d'avoir des chats parce que cela fait une présence dans la maison. Je me sens moi seul. C'est une compagnie dans la maison. Je me sens mieux comme ça. Leurs présences jouent sur ma santé. (Marc)

Les conduites alimentaires des personnes occupent spontanément une place importante dans le discours des personnes rencontrées. Elles reflètent les contraintes sociales et économiques auxquelles nos répondants sont confrontés. Celles-ci déterminent l'espace des choix alimentaires. Ces observations concernant le comportement et la consommation alimentaire de ces personnes en situation de précarité font craindre un effet négatif sur leur santé. La majorité de nos répondants nous ont également signalé l'importance d'avoir un animal de compagnie essentiellement pour contrer le sentiment de solitude.

Il ne faudrait pas oublier que toutes les conduites sont réalisées dans un environnement spécifique qui tient compte du contexte culturel, social et physique. Il y aurait donc invariablement des interactions entre l'environnement et les conduites des personnes. Nous l'avons entre autres montré ci-dessus en ce qui concerne l'alimentation. Nous pourrions aussi penser par exemple que la présence accrue d'espaces verts encouragerait l'activité physique des personnes et créerait des lieux de rencontre, que des jardins communautaires aideraient les personnes à se procurer des légumes frais. Il importe en effet de se demander jusqu'à quel point l'environnement influence nos conduites et vice versa, mais aussi quels changements au niveau environnemental pourraient engendrer des changements de conduites : quels changements, pourquoi, comment ? Nous ouvrirons la réflexion à ce sujet dans le prochain chapitre.

5.4 Conclusion

Les personnes rencontrées s'organisent autour d'un espace géographique bien particulier qui est le quartier Pointe-Saint-Charles. Celui-ci est affectivement et socialement marqué. Les personnes parlent de cet environnement de proximité sous l'angle des rapports sociaux qu'elles entretiennent entre elles, mais aussi avec les différentes associations qui sont installées dans le quartier : banques alimentaires, clinique communautaire, Carrefour d'éducation populaire... La plupart des services se déploient entièrement à l'intérieur des limites du quartier et sont réservés en premier lieu à la population locale. L'identité sociale et l'identité géographique se fondent ainsi dans un même territoire : « On est de la Pointe » ; « On se ressemble » ; « C'est tissé serré ». Le quartier Pointe-Saint-Charles est prioritairement vu par nos répondants comme un espace d'identité et un espace d'appartenance. L'idée de ressemblance entre les personnes du quartier, perçue par nos répondants comme centrale, fait référence aussi bien à ce qui perdure qu'à ce qui rassemble et ce qui distingue. Nous avons ainsi pu mettre en évidence la conscience d'appartenir à un groupe ainsi que la valeur et la signification émotionnelle qui s'attache à cette appartenance. Les services utilisés, les difficultés sociales évoquées et dans une moindre mesure les activités partagées, donnent sens à l'idée d'une identité collective partagée entre les personnes ciblées. Nous avons aussi signalé que la gentrification du quartier est largement évoquée par

nos répondants et elle est perçue comme une menace pour la population défavorisée. Il en est de même avec la présence des populations immigrantes.

C'est cet environnement social commun qui est énoncé en premier lieu, souvent de manière spontanée, par l'ensemble des personnes rencontrées. C'est dans cet environnement social de relations quotidiennes ou fréquentes, que les représentations de la santé, de l'environnement et des liens entre les deux s'élaborent.

En analysant le contenu du discours des personnes rencontrées lors de nos entrevues individuelles et de notre entrevue de groupe, nous avons mis en évidence différentes conceptions de l'environnement et de la santé.

Nous avons ainsi montré dans un premier temps que l'environnement de proximité (quartier, rue, logement) dans sa dimension socio-écologique semble se décliner en plusieurs catégories. L'environnement est au premier abord vu par nos répondants comme un ensemble de problèmes qui affectent la qualité de vie dans le quartier. La mauvaise qualité de l'air, la malpropreté et le bruit sont souvent évoqués dans les discours. Mais, l'environnement, c'est aussi la nature vue comme source de ressourcement et de repos et puis tout ce qui nous entoure comme espace de vie public. Cet espace public que sont entre autres les rues et les trottoirs appartient à tous. On a observé cependant que son aménagement et l'absence de mobilier urbain peuvent influencer les usages et les investissements qu'en font les personnes. Dans une moindre mesure, l'environnement a aussi été présenté par quelques-uns de nos répondants comme une sorte de « décor » qui nous entoure. Une telle catégorisation de l'environnement rejoint en de nombreux points celle élaborée par Sauvé (1997 ; Sauvé et Garnier, 2000). Notre analyse du discours met également en évidence l'environnement comme « déterminant de la santé ». Cette dernière représentation de l'environnement occupe une position transversale et se retrouve en filigrane des catégories environnementales identifiées précédemment.

Nous avons vu que le logement occupe une place particulière dans le discours de nos répondants. Il est le lieu où les personnes passent le plus de temps et pour lequel elles consentent leurs plus fortes dépenses financières. Il est aussi un marqueur social et

contribue à ce sentiment de ressemblance entre les habitants du quartier. Nous avons eu l'occasion de signaler que la majorité des personnes occupent des logements sociaux ou gérés par des coopératives d'habitation. Les personnes interrogées insistent prioritairement sur les difficultés d'accès à un logement et la crainte de se retrouver privé de son « chez soi » est exprimée par quelques-uns. Le logement peut aussi être source de problèmes et d'une mauvaise salubrité.

Dans un deuxième temps, nous nous sommes questionnés sur les représentations de la santé chez nos répondants. Celle-ci est généralement caractérisée de diverses façons. Par contre, certains renvoient toutefois tout simplement à l'absence de maladie. Cette conception est d'ailleurs largement dominante auprès de nos répondants. D'ailleurs, plusieurs études (Herzlich, 2005, 1975 ; D'Houtaud, 2003) montrent que dans le discours profane sur la santé, c'est l'opposition à la maladie qui est la plus souvent mentionnée. Des éléments de notre analyse du discours font aussi référence aux aspects du bien-être psychologique et physique de la santé. La santé et le bien-être ne peuvent être considérés isolément les uns des autres. Trois autres catégories représentationnelles de la santé ont également été mises en évidence : 1) la santé, pivot de la vie, 2) la santé, tributaire des ressources financières, et 3) la santé, une affaire personnelle. Enfin, la santé a également été présentée comme tributaire de la qualité de l'environnement.

Dans un troisième temps, nous avons articulé ensemble les différentes représentations de l'environnement et de la santé. Dans le discours des personnes rencontrées lors de nos entrevues individuelles et de groupe, l'articulation entre la santé et l'environnement « problème » ou encore entre la santé et l'environnement « nature » reflète une réalité particulièrement complexe. D'un côté, les problématiques environnementales nuisent à la santé (comme contraire de la maladie), telles que la pollution ou la propreté ; d'un autre côté, la présence d'espaces verts semble bénéfique pour la santé (santé comme bien-être psychologique). Dans le discours de nos répondants, les liens entre la santé et l'environnement « espace de vie public » ou l'environnement « décor » peuvent par contre être perçus comme plus diffus.

L'approche cartésienne nous paraît peu adaptée pour modéliser la relation entre les représentations sociales de la santé et les représentations sociales de l'environnement. Elle permet difficilement de prendre en compte la dimension écosystémique et ne rend pas compte de la complexe réalité phénoménologique étudiée. Nous avons dès lors opté pour une schématisation qui s'inspire du principe du « casse-tête » (puzzle) et reflète mieux les interconnexions entre la santé et l'environnement. Notre figure 6 synthétise les principaux éléments du discours de nos répondants concernant les liens entre la santé et l'environnement. Quatre quadrants peuvent être définis en fonction de la qualité de l'environnement et les bienfaits pour la santé.

Les personnes rencontrées dans le cadre de notre recherche font le lien entre la santé et l'environnement. Leurs discours se retrouvent exclusivement dans le quadrant 2 qui est caractérisé par un environnement de qualité (environnement positif) et un ensemble de bienfaits pour la santé (santé positive) ou dans le quadrant 3 qui lui est opposé (environnement négatif et santé négative). Les espaces verts de même que la dynamique sociale et communautaire dans la vie du quartier occupent une place prépondérante dans le quadrant 2 de notre figure. Pour sa part, le quadrant 3 est surtout dominé par l'environnement « problème » ainsi qu'un ensemble de difficultés sociales et économiques qui ont été évoquées par les personnes interrogées. Au niveau de la santé, ce sont les formes les plus dominantes du discours de nos répondants qui se retrouvent dans cette figure : la santé en opposition à la maladie, la santé comme bien-être psychologique et physique. Cette figure permet de montrer d'un côté la complexité des imbrications entre la santé et l'environnement, et de l'autre la multi-causalité des relations entre les deux.

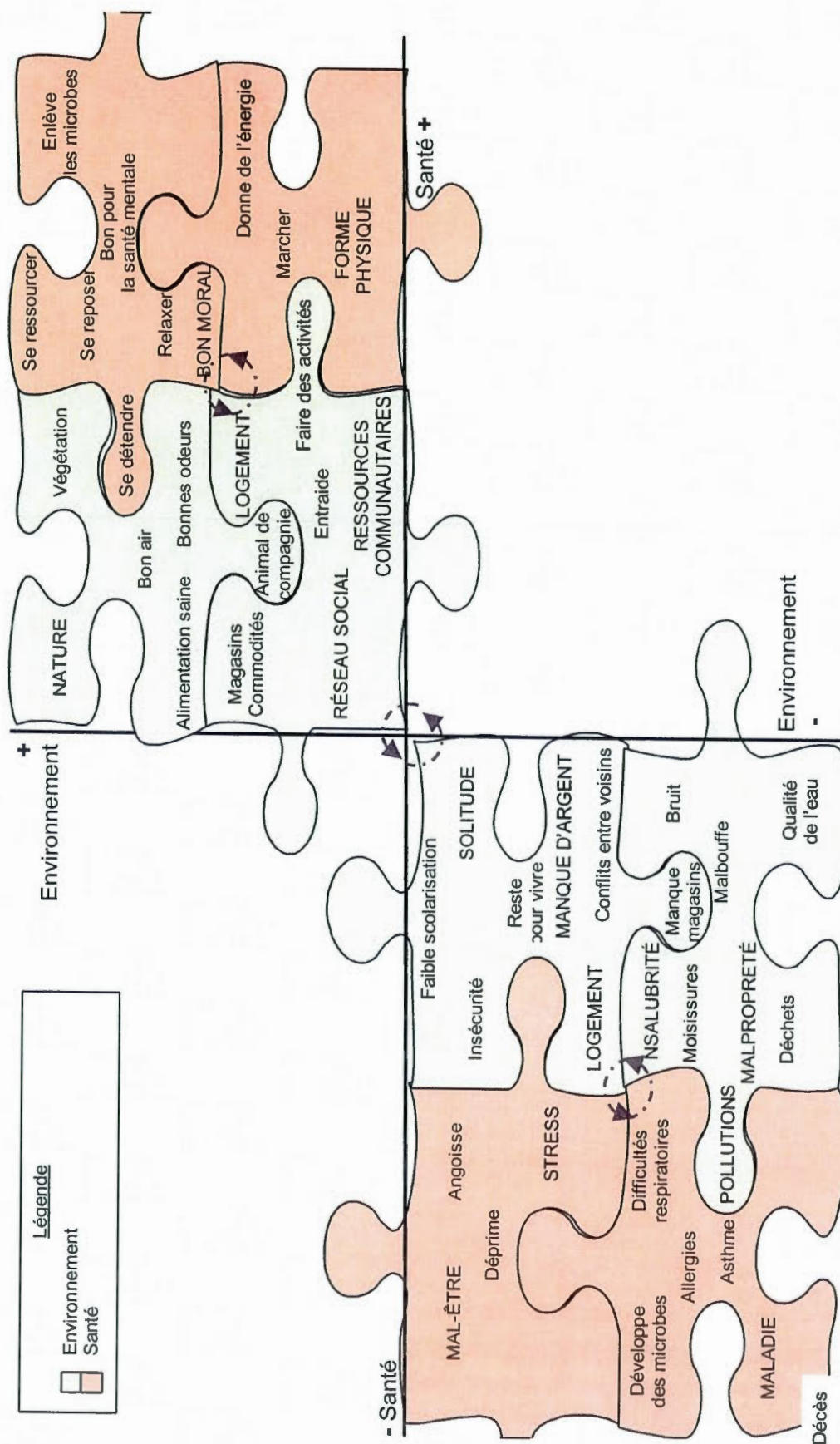


Figure 6 : Principaux éléments du lien entre la santé et l'environnement - Quartier de Pointe-Saint-Charles

B. LE QUARTIER DE LA SAMARITAINE (MAROLLES) À BRUXELLES

Dans cette partie, nous allons exposer les résultats de notre analyse des données d'entrevues individuelles et de groupe concernant le quartier de la Samaritaine. Notre approche est similaire à celle utilisée pour l'analyse des données relatives au quartier Pointe-Saint-Charles à Montréal (Québec). Elle vise à repérer dans le discours de nos répondants les éléments les plus significatifs du rapport à l'environnement, à la santé et aux liens entre les deux. Nous nous attachons à la façon dont les personnes et l'ensemble des personnes s'expriment sur chaque thème abordé. De larges extraits de leurs discours illustrent nos observations.

5.5 L'environnement : un champ représentationnel

Comme pour notre analyse des données concernant le quartier Pointe-Saint-Charles, notre démarche de recherche se centre dans un premier temps sur les éléments de représentation socialement partagés par les personnes interviewées concernant l'environnement de proximité et les modes d'« habiter » : le quartier, la rue, le logement. D'entrée de jeu, pour les résidants que nous avons rencontrés, l'environnement est avant tout un lieu de proximité : celui où l'on vit.

Pour moi, l'environnement, c'est comme je vous le dis, c'est le quartier. C'est là où je vis. (Pierre)

J'entends souvent parler d'environnement. Pour moi, l'environnement c'est ce qu'il y a directement autour de moi. C'est par exemple mes voisins, ma cour, les services que j'ai de proximité, les magasins... Pour moi, c'est cela l'environnement. (Véronique)

L'environnement, c'est ce qui est proche. C'est d'avoir un peu... de ne pas avoir trop loin où aller, et d'avoir des choses autour de soi. (Gérard)

Le quartier de la Samaritaine se limite à quelques rues et s'intègre aujourd'hui d'un point de vue administratif, dans le « grand quartier » des Marolles⁵⁴. Mais, les résidents

⁵⁴ Le quartier des Marolles est situé au sud de la ville de Bruxelles, plus précisément dans la pointe du cœur formé par le tracé pentagonal de l'ancienne enceinte de la ville. D'une superficie de 52

s'identifient davantage à cet espace beaucoup plus restreint marqué par une historicité particulière. Cela nous renvoie aux notions de « local » et de « territoire », au décalage entre le territoire « vécu », le territoire « identitaire » et le territoire « administratif » ; cela nous questionne sur le découpage administratif de l'espace urbain et l'adhésion à celui-ci par ses habitants. En ce sens, les personnes possèdent leurs propres représentations de leur quartier qui est fonction de leur statut social, de leurs activités quotidiennes et de leur mobilité (Robitaille, 2006). Il nous faut donc réaliser que la réalité sociale n'obéit pas forcément à la logique administrative. L'une des personnes rencontrées exprime parfaitement cette situation :

On a le quartier des Marolles⁵⁵. Ce n'est pas La Marolle. La Marolle, c'est autour du palais de justice. Là-bas, c'est La Marolle tandis que nous ici c'est la Samaritaine. Les Marolles, ce sont tous les quartiers qui nous entourent. Donc, ça va d'en bas : la Querelle, le Vieux-Marché, les Tanneurs... Ça, ce sont Les Marolles. Et La Marolle, ça c'est en bas du palais de justice. Mais ici, on dit la Samaritaine. Moi, j'habite dans le quartier de la Samaritaine. (Jacqueline)

D'autres, sans rentrer dans des détails, mentionnent clairement qu'ils habitent dans le quartier de la Samaritaine : « Moi, j'habite dans le quartier de la Samaritaine » (Nicole).

On observe que dans leurs discours, tout comme pour le quartier Pointe-Saint-Charles, nos répondants parlent prioritairement de la dynamique sociale et communautaire de leur quartier.

5.5.1 Le quartier et sa dimension sociale

Il faut être et se sentir de quelque part pour agir et être reconnu [...] Le territoire dessine bien au-delà des marques de ses limites spatiales, une aire émotive rendue lisible par ses symboles, son contenu culturel et historique...

[Tizon, 1996, p. 23⁵⁶]

hectares (environ 128 acres), il se décompose en plusieurs zones : la Marolle, la Samaritaine, les Tanneurs, etc. Dans certaines zones, comme le « quartier » des Tanneurs, nous avons une concentration importante d'immigrants ; ce qui n'est pas le cas dans le quartier de la Samaritaine.

⁵⁵ Voir note de bas de page précédente : n° 44

⁵⁶ Tizon, P. (1996). Qu'est-ce que le territoire ? Dans Guy Di Méo (Dir.), *Les Territoires du quotidien* (p 17-34). Paris : Éditions L'Harmattan, Collection « Géographie sociale »

L'analyse des données issues de nos entrevues individuelles et de notre entrevue de groupe permet de mettre en évidence toute l'importance des usages que les personnes font de leur quartier, des rapports sociaux qu'elles entretiennent dans l'environnement proche de leur domicile et de l'intérêt qu'elles expriment à l'égard de leur lieu de résidence. Cette dimension sociale est très largement dominante dans le discours des personnes que nous avons interviewées.

Deux éléments nous semblent particulièrement intéressants à souligner. Premièrement, l'attachement au territoire des répondants ne se limite pas qu'au lieu de naissance, il a trait au sens donné à ce lieu, passé ou présent, vécu, pratiqué ou même imaginaire. Nos répondants font ainsi souvent référence à leur histoire individuelle et collective dans le quartier. Ils signalent aussi avec une certaine fierté le caractère historique du lieu. Deuxièmement, le réseau social, tel que les liens de parenté, les relations amicales ainsi que la présence d'une association comme le Comité de la Samaritaine, occupe également une place importante dans le discours des personnes interrogées. En nous inspirant de Marc Augé (1992, p.68), nous pourrions probablement parler du quartier de la Samaritaine comme une sorte de « lieu anthropologique », car il réunit au moins trois caractéristiques communes : il se veut identitaire, relationnel et historique. Ces trois dimensions transparaissent dans le discours de la majorité de nos répondants sur leur quartier.

Nous allons illustrer ces points à travers les sections suivantes : (1) le quartier comme un lieu d'attachement, d'appartenance et d'histoire, (2) des ressources et des interventions de proximité ainsi que (3) la question de la participation des personnes dans la vie du quartier.

5.5.1.1 Le quartier : un lieu d'attachement, d'appartenance et d'histoire

Le quartier de la Samaritaine est porteur d'une identité forte. Il est prioritairement décrit par les personnes comme un espace de vie sociale et communautaire à la fois fonctionnel et symbolique où des pratiques et mémoires collectives construites dans la durée ont permis de définir un sentiment d'appartenance et un attachement au lieu.

Pour les habitants du quartier que nous avons rencontrés, ce sentiment d'appartenance⁵⁷ est essentiellement lié à celui de territorialité et aux conditions de vie marquées par les relations sociales qui y sont tissées entre les personnes et les caractéristiques des habitants. En fait, ceux-ci se retrouvent pour la plupart au cœur de relations où s'entrecroisent le voisinage, la parenté, l'amitié et certaines formes de solidarités. Ces relations s'inscrivent dans des manières de cohabiter et de vivre socialement. Dans le discours dominant de nos répondants, le quartier de la Samaritaine jouit ainsi d'une image collective plutôt positive. L'endroit est convivial ; les personnes se connaissent ; la plupart s'entraident, se parlent.

Je connais beaucoup de gens qui me disent « bonjour ». Les voisins sont gentils. Je n'ai pas de problème avec les gens d'ici. Je connais beaucoup de monde. (Mariette)

Ici, tout le monde s'entraide. J'aime bien les gens. J'aime bien le contact avec les gens. Ici, je trouve que les gens... On est plus près. On ne sait pas rester seul dans la rue de la Samaritaine. On est toujours accompagné de quelqu'un, aussi bien les habitants, que les assistantes sociales. On est vraiment bien entouré ici. (Nicole)

J'aime beaucoup la convivialité qu'il y a dans le quartier. Les gens se disent « bonjour » ou « bonsoir ». Dans les buildings modernes, il y a des gens qui y habitent depuis vingt ans et qui ne connaissent même pas leurs voisins de palier. C'est du chacun-pour-soi. Mais ici, c'est différent. Moi, je parle assez souvent avec les gens dans la rue. Je connais tous mes voisins. (Jean)

Le territoire de résidence peut-être considéré comme un des lieux privilégiés de l'expérience et de l'échange social. L'identité de soi, mais aussi une identité collective, se forge dans ce cadre-là. L'expression « quartier soudé », utilisée par plusieurs répondants, illustre bien le lien dominant qui existe entre les personnes. Le quartier de la Samaritaine est décrit comme une unité spatiale et sociale proche de la définition du village dans lequel les personnes sont enracinées, partageant des conditions de vie commune, mais aussi des formes de solidarité.

⁵⁷ Parler d'appartenance, c'est partir des personnes pour comprendre comment elles s'approprient le quartier de la Samaritaine. L'appartenance relève ici de la participation des individus à la vie locale ; elle est donc à la fois produite et productrice des socialisations multiples entre les habitants du quartier. Les personnes se côtoient dans les rues, se rencontrent dans divers locaux associatifs - Martina Avanza M. et Laferté G. (2005). Dépasser la « construction des identités » ? *Genèses*, 61 (134-152)

On constitue vraiment un quartier très soudé. Oui, oui... Il n'y a pas de gros problème avec les gens ici. C'est vrai que moi j'aime mon quartier. [...] Et c'est vrai, que tout le monde est un peu à l'écoute des autres. On est vraiment à l'écoute de l'un, de l'autre. (Nicole)

Tout le monde ici s'entraide. Tout le monde se connaît. C'est comme un village quoi ! (Jacqueline)

Nous pouvons observer que la plupart des personnes interrogées apprécient la dynamique sociale dans leur quartier. L'appréciation du quartier proviendrait en premier lieu des rapports sociaux. Les interactions agréables avec les autres résidents contribuent ainsi à une sorte de bien-être psycho-social individuel, voire collectif : « on se connaît, on s'entraide et le quartier est très soudé ».

Cette proximité spatiale et humaine, occupée majoritairement par des personnes de même classe sociale et comme nous le verrons plus loin dans ce chapitre (point 5.5.3) de même statut social résidentiel, pourrait nous laisser croire qu'elle favorise un discours à l'aspect monolithique parmi nos répondants. Ce rapport à un « habiter » positif et harmonieux renvoie à la question de l'enracinement local considéré comme une particularité aux groupes sociaux défavorisés, qui fondent leur sécurité sur les relations de voisinage et dans la connaissance personnelle (Remy et Voyé, 1992). Cependant, il n'est pas vécu de la même manière par tous. Il donne lieu à quelques critiques soulevées notamment par deux de nos répondants. C'est surtout la promiscuité des personnes et des lieux, rues étroites et maisons contiguës, qui est mise de l'avant comme inconvénient majeur.

Les gens sont trop curieux. Il y a des gens qui regardent ce que je fais [dans mon logement], alors je dois fermer mes rideaux et ma fenêtre. Les gens s'occupent trop des affaires des autres, au lieu que chacun s'occupe d'abord de leurs affaires. Ils sont toujours en train de parler sur le dos de l'un ou de l'autre. (Ginette)

Il y a toujours ce regard des gens [...] Ça papote parfois sur mon dos. Vraiment pour moi, c'est le regard des autres qui me dérange le plus [...] ce regard de proximité... (Véronique)

De façon générale, nous constatons toutefois dans le discours de nombreux répondants que le quartier est vécu comme un ensemble de relations fortes et majoritairement positives, localisées autour de l'habitat et de la rue, mais aussi imprégnées par des histoires personnelles qui se sont accumulées comme autant de strates de souvenir de vie partagées dans ce petit territoire de quelques rues. Un ensemble d'expressions-clés qui composent le discours de plusieurs des personnes interviewées exprime assez clairement un rapport affectif et une histoire personnelle ancrés dans cet espace de vie : « Je suis née ici », « J'aime mon quartier », « Mes amis sont ici ». Pour presque tous nos répondants, cette appartenance locale est liée à l'importance du lieu où l'on a grandi, ou l'on a vécu des moments forts. Aussi le quartier renvoie à un mode de vie, qui se traduit entre autres par des termes d'identification au lieu : « C'est mon quartier ; c'est mon caractère », « Je suis du quartier ».

J'aime bien le quartier parce que j'ai grandi ici. J'ai toujours dit que je ne sortirais jamais du quartier et que je mourrais ici. C'est mon quartier. C'est mon caractère. Ce que j'aime bien dans le quartier, c'est la solidarité. Tout le monde est bien ensemble. (Louis)

Mon mari, il est né ici, au numéro 34 rue de la Samaritaine. Ma maman, elle habite ici plus bas. J'ai ma soeur qui habite à la Porte Rouge. C'est pour cela que j'aime bien ce quartier. Et en plus, je suis née ici à Saint-Pierre⁵⁸ [clinique], dans les vieux bâtiments de Saint-Pierre. Mes enfants sont nés ici. [...] Pour moi, oui il est très important le quartier parce que je suis du quartier. (Mariette)

Moi j'aime mon quartier. Je ne voudrais pas habiter ailleurs. [...] J'ai tous mes amis ici. Tout le monde est un peu à l'écoute des autres. (Nicole)

Le quartier de la Samaritaine correspond donc pour nos répondants à un lieu d'ancrage social, psychologique et donne un sentiment d'enracinement. Les personnes semblent attachées au quartier qui réunit en un même endroit plusieurs éléments : lieu de naissance, lieu d'origine de sa famille, lieu dans lequel on vit depuis longtemps, lieu de vie de ses amis, etc. La littérature montre d'ailleurs que le plus souvent, les familles défavorisées essayent de rester dans un même espace géographique, dans un même quartier (Pan Ké Shon, 2005 ; Maison et Ortalda, 1998 ; Dandurant et Quellette, 1994). Le quartier de la Samaritaine semble ainsi réunir les ingrédients d'une sorte de

⁵⁸ La Clinique Saint-Pierre (devenue aujourd'hui Centre Hospitalier Universitaire Saint-Pierre) se situe dans le quartier des Marolles. Elle a été construite au tout début du 19^e siècle sur le site d'une ancienne léproserie.

patrimoine identitaire dans lequel chacun a la possibilité de s'y retrouver et de s'identifier.

Lorsque nous avons présenté le quartier de la Samaritaine au chapitre 4 de cette thèse, nous avons signalé qu'il s'inscrit dans une histoire longue qui se devine encore aujourd'hui à travers certains vestiges : vieux murs, façades des maisons, rues étroites et pavées à l'allure moyenâgeuse. Les personnes parlent spontanément et avec un certain contentement de l'histoire du quartier : « On est marqué dans le livre touristique », « C'est historique ici », « On vient prendre des photos du quartier ». Elles sont heureuses de faire découvrir à autrui les indices de ce temps passé : « Je vais vous le montrer ».

Tu sais, on est marqué dans le livre touristique de la ville de Bruxelles. C'est marqué. J'ai une fois regardé et c'est marqué. On habite dans un quartier historique. Ce n'est pas tout le monde qui peut dire cela. Et je te dis qu'il y a beaucoup, beaucoup, beaucoup de touristes qui viennent ici. (Jacqueline)

Le quartier ici, il est historique. Les pavés de la rue des Chandeliers d'en haut jusqu'à la rue Haute sont classés. Ils datent du XIV^e siècle. Ils sont classés. Ici un peu plus loin, il y a une porte en marbre blanc qui date de l'époque du roi de France Louis XIV. Aussi, le film d'Annie Cordy a été fait dans le quartier. [...] Il a été fait chez nous, dans le dernier bistrot qui a fermé et qui s'appelait « chez Jeannine ». (Louis)

C'est un quartier historique ici. [...] Regardez le mur là derrière. Il date du XV^e siècle. Il est classé. [...] Dans l'entrée de l'impasse [où j'habite], il y a une pierre bleue verticale avec une encoche. Cette encoche servait à laisser passer le centre de la roue des charrettes à bras. C'est à ça que servait ce creux. Je vais vous le montrer en sortant, si vous voulez. (Jean)

Nous terminons ce point en mentionnant que les personnes défavorisées que nous avons rencontrées lors de nos entrevues ne voudraient pas quitter la Samaritaine. Ce sont notamment les loyers élevés des autres quartiers et la perte de certains repères qui sont le plus souvent évoqués. Pour Bernard (2007), c'est aussi la peur d'abandonner ainsi toute espèce de solidarité informelle qui amène souvent les personnes défavorisées à envisager de quitter leur quartier.

Pourquoi est-ce que je quitterais le quartier ? Pour payer le double de loyer ? Pour rouvrir des compteurs d'électricité et autres ? Pour défaire ma garde-robe que je ne remonterai jamais ? Non, non, non, non. [...] Et puis, je crois que je

serais déstabilisée sans mes repères dans le quartier. Non, je ne déménagerais pas. (Véronique)

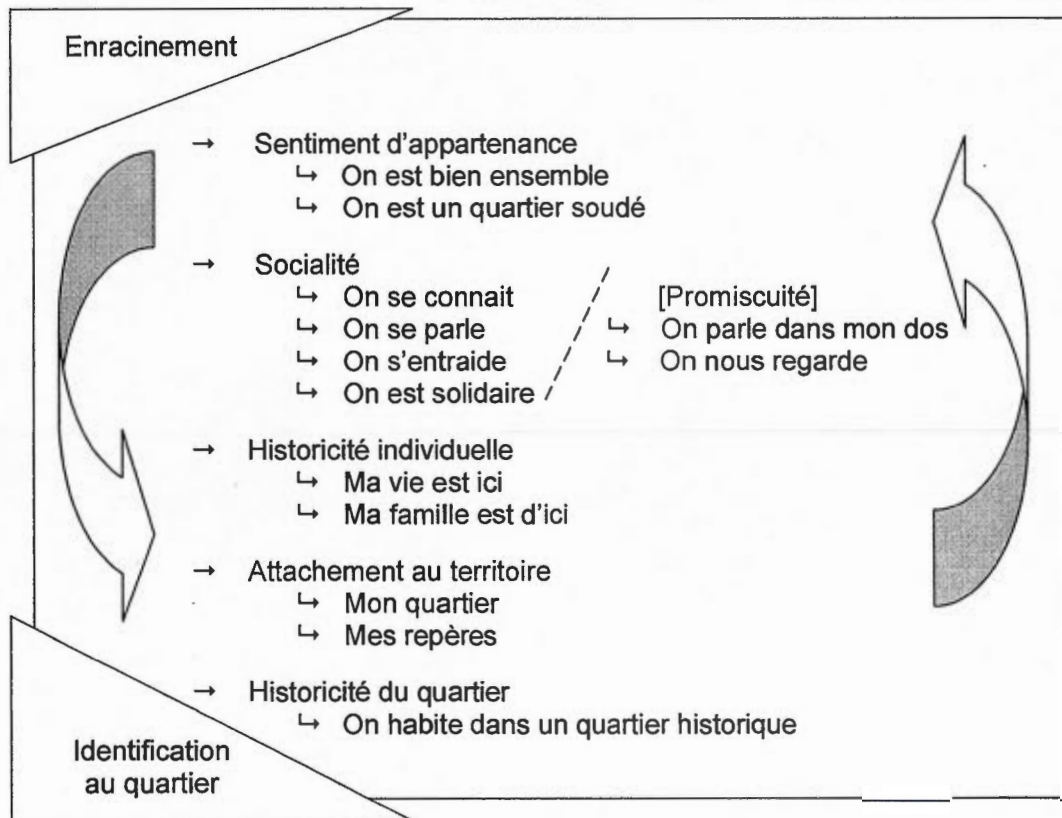
Mais, même si je gagnais à la loterie, je ne crois pas que je déménagerais pour autant. Il faut rester réaliste. Je ne serai jamais comme les gens riches. (Gérard)

Si on me met ailleurs, monsieur, je ne sais pas où je vais aller et où je vais me trouver, hein. Moi, j'aime bien ce quartier et je ne voudrais pas aller ailleurs. (Mariette)

La grande majorité de nos répondants se déclarent ainsi spontanément satisfaits de leur lieu de vie. Les extraits de nos entrevues individuelles et de groupe présentés ci-dessus manifestent différentes formes d'attachement au quartier de la Samaritaine selon la représentation qu'en ont les personnes interrogées. Pour plusieurs, le quartier est le symbole d'un ancrage familial, « *cette parcelle de territoire, siège d'une mémoire à la fois localisée et localisante* » (Sagnes, 2004, p. 35). Pour la plupart, il est aussi synonyme des souvenirs ; il est le lieu d'événements marquants de sa vie et il est l'objet d'un « *enracinement affectif* » : « *Pour s'ancrer dans la mémoire, le souvenir doit d'abord être fixé dans un lieu* » (Muxel, 1996, p. 44). Mais le quartier de la Samaritaine est surtout envisagé comme un lieu d'appartenance marqué par des relations sociales, « *La relation aux territoires paraît dans bien des cas, un facteur de consolidation, voire de facilitation de la formation des identités sociales* » (Di Méo, 2004, p. 344). Le terme « *solidarité* » est utilisé à plusieurs reprises comme déterminant d'une certaine cohésion entre les personnes. Cette perception que nos répondants ont vis-à-vis des autres résidents et de leur quartier se traduit par des pratiques familières et quotidiennes, notamment en matière d'environnement et de santé. Nous en parlons plus loin dans ce chapitre. L'encadré 9 récapitule les principaux éléments représentationnels de cet environnement social que nous avons présentés dans les pages précédentes.

Encadré 9

Le quartier : principaux éléments exprimant le lien d'attachement et d'appartenance



5.5.1.2 Le quartier : des ressources et des interventions de proximité

Les quelques organismes et services communautaires enracinés dans le quartier (Comité de la Samaritaine, restaurant social « la Sama », Antenne médicale) renforcent les liens d'appartenance et d'entraide entre les usagers. La référence au territoire de la Samaritaine est largement présente ; les services offerts s'inscrivent dans une proximité spatiale qui garantit une proximité sociale et au bout du compte, une réponse plus adéquate aux besoins exprimés par les différentes personnes. Ces ressources communautaires dans le quartier servent de repères pour la plupart des habitants en cas de difficultés dans leur vie.

Moi, j'ai des repères qui sont bien réels dans le quartier. Il y a le médecin. Il y a le Comité de la Samaritaine en cas de problèmes. Si on a faim, on peut avoir un

petit colis alimentaire, on peut aller manger. Tout cela, c'est quand même important, car des problèmes cela peut nous arriver à tous. (Véronique)

Le Comité de la Samaritaine⁵⁹ occupe une place centrale dans le quartier. Il s'agit de l'organisation phare pour les habitants. Cet organisme joue à la fois le rôle de Maison de quartier et de service de soutien social. Il gère également un restaurant social communément nommé « La Sama » et avec la participation d'une résidente du quartier, il a mis en place un vestiaire⁶⁰. Le personnel qui travaille au Comité de la Samaritaine aide en premier lieu les résidents à résoudre leurs problèmes quotidiens. À ce titre, il prend en charge aussi bien des questions liées aux conditions de logements et aux conditions de vie que certains problèmes individuels et/ou familiaux. Les personnes que nous avons interviewées s'y rendent entre autres pour se renseigner sur les possibilités d'étalement pour payer certaines factures, pour s'enquérir sur les démarches nécessaires afin d'obtenir certains documents administratifs, pour remplir certains formulaires, se faire lire leur courrier, recevoir un conseil, etc. Comme l'illustrent ci-dessous les quelques extraits du discours de nos répondants, les demandes sont multiples et variées.

Quand j'ai besoin d'un conseil ou que j'ai un papier à remplir ou quelque chose à écrire, je vais voir Christine au Comité de la Samaritaine. (Jean)

L'assistante sociale essaye de m'aider quand j'ai des problèmes. Elle remplit mes papiers, elle me conseille, elle planifie mes affaires, elle m'aiguille. Enfin bon, elle m'aide. C'est elle qui remplit mes impôts. C'est elle qui m'aide quand je suis un peu déprimé. Il y a tellement à dire que c'est beaucoup quoi. (Gérard)

[L'assistante sociale du Comité de la Samaritaine] voyait que j'avais besoin d'une aide et que je tournais tout le temps en rond. Elle a téléphoné pour me trouver une aide familiale. (Véronique)

Si j'ai un problème dans mon logement, je m'adresse à Christine [Assistante sociale du Comité de la Samaritaine] qui téléphone à la Ville de Bruxelles. Je ne téléphone pas moi-même directement à la Ville de Bruxelles parce que Christine connaît le service. Il y a plusieurs services et Christine sait à qui s'adresser. (Ginette)

⁵⁹ Comité de la Samaritaine : www.comitedelasamaritaine.be

⁶⁰ Le « vestiaire » est une sorte de magasin de vêtements usagés (friperie) où les habitants du quartier peuvent venir acheter des vêtements à très bas prix. Jadis, ce service les distribuait gratuitement. Mais il s'est avéré que la gratuité amenait les personnes à utiliser constamment le service, plutôt que de laver leur linge. Maintenant, il est payant. Nous précisons son usage par nos répondants un peu plus loin dans cette partie de notre analyse.

[Cas de logement dégradé] *Ils veulent que je nettoie mon logement. Mais, ce n'est pas à moi à payer les changements. C'est la Ville qui doit tout payer. Je l'ai dit à Christine. Je lui ai dit : « Écoute, je veux bien faire les changements. Mais, c'est la Ville qui doit payer ». Alors, on verra ce que Christine va faire pour moi...* (Pierre)

Une seule personne au cours de nos entrevues individuelles nous indique qu'elle demande très rarement l'aide de l'assistante sociale du Comité de la Samaritaine. Pour elle, le service est surtout utile pour les personnes qui sont peu alphabétisées et, ou qui ont de la difficulté dans la gestion de leur quotidien.

Je suis assez débrouillarde pour tout ce qui est papier et tout ça. Je vais rarement au bureau [des assistantes sociales]. Je sais remplir mes papiers. Là-bas au bureau, ce sont beaucoup les gens qui ne savent pas bien écrire. Des gens qui reçoivent des lettres qui ne comprennent pas ou des histoires comme ça. Des gens qui ont des ennuis avec leur loyer, avec leur facture de gaz. Moi je peux me débrouiller seule. (Jacqueline)

Certains suivis spécifiques, assurés par les employés du Comité de la Samaritaine, visent à compenser l'absence de liens sociaux. C'est le cas entre autres pour des visites à l'hôpital. Mais aussi, sans nouvelle de certains résidents pendant plusieurs jours, l'assistante sociale du Comité de la Samaritaine se rend parfois au domicile pour s'assurer que la personne va bien. Il est arrivé ainsi quelques fois de trouver la personne inconsciente ou décédée dans son logement. Lors d'une de nos visites, l'assistante sociale est montée sur une échelle pour constater par la fenêtre qu'un habitant du quartier était étendu sur le sol et inconscient. La présence d'une Antenne médicale dans le quartier permet une intervention rapide en attendant l'arrivée de l'ambulance.

J'ai été à l'hôpital. Ici au Comité, Christine est venue me voir plusieurs fois à l'hôpital. J'avais été opéré de l'artère. (Gérard)

Les personnes seules ici ne peuvent pas avoir peur. Ici, on fait toujours attention à l'un ou à l'autre. On se dit souvent : « Tiens, tu n'as pas vu un tel ? Tu n'as pas de nouvelles d'un tel ? » C'est bien. Sans aucune nouvelle d'une personne, Christine [assistante sociale] va aller voir. Je dois dire qu'on devrait faire ça dans d'autres quartiers. Je trouve cela très bien. (Jacqueline)

Le principe de proximité et de territorialité locale amène aussi le Comité de la Samaritaine à jouer un rôle plus « structurel » en rassemblant les habitants du quartier et

les professionnels autour de projets communs. Il s'agit d'un lieu de rencontre, de soutien et de dialogue, un lieu qui se veut également de participation et d'action. Il vise ainsi à maintenir une certaine cohésion sociale territoriale. C'est la fonction de Maison de quartier qui est mise en avant ici.

Dans la rue, il y a la Samaritaine [Comité de la Samaritaine] que j'aime bien. Ça oui. Ils organisent de bons trucs et tout ça. Ils font des choses intéressantes : des activités, du sport... (Ginette)

Le Comité de la Samaritaine fait beaucoup de choses. Il y a des activités dans le quartier, comme des barbecues. On a aussi des sorties en groupe. C'est plus gai d'être en groupe. Chaque mois, il y a des activités. Demain soir par exemple, il y a une sortie à la Grand-Place de Bruxelles. Je crois que c'est un spectacle de marionnettes. (Gérard)

Au Comité, ils font des actions pour la propreté. Ils essayent que les gens ne mettent pas leurs petits sacs de poubelles la nuit dans la rue. Ils essayent que les gens ne jettent pas un fauteuil dehors. Voilà... Le Comité essaye de lutter contre ça. (Véronique)

Avec le Comité, de temps en temps, on se réunit. Et alors, on parle de ci et de ça. On avait mis une fois des banderoles avec « la rue n'est pas une poubelle ». C'était écrit comme ça en grand sur une toile cirée. (Jacqueline)

L'analyse du discours de nos participants nous permet de mettre en évidence deux types d'activités distinctes menées par le Comité de Samaritaine : des activités socio-culturelles⁶¹ qui renforcent les liens sociaux entre les habitants du quartier et des activités socio-environnementales qui visent essentiellement à améliorer la qualité des conditions de vie collective. Comme nous le verrons plus loin, la propreté du quartier semble être un enjeu particulièrement important.

Nous constatons que le terrain d'intervention du Comité de la Samaritaine est un terrain aux frontières « mouvantes ». Il couvre ainsi l'action éducative, sociale et culturelle. Les travailleurs sociaux ne sont pas seuls en charge de la solidarité des personnes qui

⁶¹ L'accès à des activités socio-culturelles est facilité par l'« Article 27 » qui permet aux personnes vivant une situation sociale et/ou économique difficile d'assister à un moindre coût à différentes formes de culture : spectacles, exposition, concert. Le Comité de la Samaritaine reçoit mensuellement un certain nombre de « billets réduits » pour les habitants du quartier. Le choix des activités culturelles se fait parmi une liste de propositions en concertation avec les habitants.

résident dans le quartier. Ils la partagent entre autres avec les médecins de l'Antenne médicale.

L'antenne médicale⁶² est un petit bureau de consultation qui est situé dans une des maisons du quartier de la Samaritaine. Il est ouvert pour les résidents du quartier plusieurs jours par semaine. Les personnes peuvent donc avoir accès directement à leur médecin à proximité de chez eux, sans devoir se rendre à la Maison médicale des Marolles. Dans quelques cas, le médecin se déplace directement chez la personne.

Maintenant, on a définitivement un service de médecins dans le quartier. Les gens sont soignés maintenant ici, directement dans le quartier. (Louis)

On a des médecins dans le quartier. C'est vrai que ça, c'est vraiment bien. On ne doit pas se rendre sur la rue du Midi [à la Maison médicale]. C'est vraiment pratique. (Nicole)

Pour moi, c'est le médecin qui vient chez moi. Oh oui... Ce serait compliqué pour moi de descendre et de monter les escaliers pour me rendre à son bureau. (Pierre)

Outre de la proximité, les personnes rencontrées lors de nos entretiens individuelles et de groupe mentionnent plusieurs autres raisons qui les amènent également à préférer consulter le médecin à l'Antenne médicale. Parmi celles-ci, il y a la possibilité de ne pas avoir un rendez-vous médical préalable, le fait de se retrouver dans la salle d'attente avec des personnes que l'on connaît et la possibilité de venir voir le médecin avec son animal de compagnie.

Moi, je viens ici au bureau médical pour les consultations. Mais, c'est très très rare que j'aie en bas [à la Maison médicale] parce que là-bas en bas, on ne peut pas rentrer dans les locaux avec son chien. Ici, je viens à la consultation médicale avec mon caniche et cela ne pose pas de problème. Mais en bas, on ne peut pas rentrer, même dans la salle d'attente, avec son chien. (Monique)

On ne doit pas prendre de rendez-vous ici. Il y a souvent du monde. Oui, oui... Il y a quand même moins de monde ici qu'à la Maison médicale des Marolles. Il faut souvent attendre avant de voir le médecin. Mais, on se connaît tous, alors on parle entre nous en attendant. (Jean)

⁶² L'antenne médicale de la Samaritaine est rattachée à la Maison médicale des Marolles - www.mm-marolles.be. La distance qui sépare l'Antenne médicale de la Maison médicale des Marolles est d'environ un demi-kilomètre.

Les médecins sont parfois confrontés à des demandes formulées par les personnes qui ne présentent pas de troubles somatiques, mais connaissent des problèmes sociaux sans nécessairement qu'ils soient associés à des causes organiques.

C'est le médecin qui est intervenu pour essayer de me trouver un logement. Elle a tout fait. [... Maintenant,] je paie mes médicaments à la pharmacie avec une carte « handicap » que je reçois du CPAS⁶³. Avant, je ne l'avais pas. Mais je l'ai maintenant grâce au médecin. (Mariette)

Il y a des gens qui viennent ici [au cabinet médical] juste pour raconter leur vie. Parfois moi aussi, je viens uniquement pour raconter ma vie. Je pense que j'ai besoin de dire à mon médecin que j'ai fait de bonnes choses, de parler de ce que j'ai fait en vacances... C'est gai à raconter. Mon médecin, c'est un peu comme ma famille. Tu sais, je pense que les gens se sentant seuls ont besoin de venir parler avec le médecin. (Véronique)

Lors des consultations, les personnes sont d'autant plus satisfaites qu'elles ont droit à un échange, une écoute et une compréhension de la part de leur médecin. Pour Chauvin et Parizot (2005), dans un tel contexte, l'aide prend alors la forme d'un soutien social, médical et psychologique. Les interactions deviennent de véritables relations d'échange dans une sorte de dynamique de réciprocité proche des relations amicales et, ou familiale comme certains de nos répondants le signalent : « Mon médecin, c'est un peu comme ma famille », « On appelle le médecin par son petit nom ». Ce sentiment de confiance et une certaine proximité dans les contacts sociaux favorisent sans doute le recours aux soins pour les personnes défavorisées qui résident dans le quartier.

C'est important qu'il y ait un docteur tout près déjà. En plus, il s'intéresse vraiment à nous. Parce qu'il y a des docteurs où c'est... « Oui, madame. Asseyez-vous et oups... » Tandis qu'ici, pas. Enfin, on va dire qu'il n'y a pas de docteur... On l'appelle par son petit nom. Je trouve que c'est très bien. On a plus confiance. (Jacqueline)

Deux autres services, gérés par le Comité de la Samaritaine, sont aussi signalés par nos répondants : le restaurant social et le vestiaire.

⁶³ Un CPAS, ou « Centre public d'action sociale », assure la prestation d'un certain nombre de services sociaux et veille au bien-être de chaque citoyen. Chaque municipalité ou ville a son propre CPAS offrant un large éventail de services : aide financière, logement, aide médicale, soins à domicile, etc.

Le restaurant social joue un rôle essentiel pour plusieurs de nos répondants. Si les personnes viennent au restaurant, c'est certes pour le repas du midi, mais aussi pour les possibilités de rencontre et de contact avec d'autres résidents. À la limite, le restaurant devient en quelque sorte un prétexte pour créer des liens sociaux, pour se retrouver, pour ponctuer sa journée par une sortie. Dès l'ouverture en matinée, quelques personnes habituées se retrouvent autour d'une tasse de café et offrent parfois une aide ponctuelle à la cuisine. On peut dès lors aisément réaliser la valeur d'un tel lieu, plus humain et moins stigmatisant que les couloirs d'un centre social.

Les personnes qui fréquentent le restaurant sont satisfaites de la qualité des repas et de leur prix. Elles témoignent également d'une grande fidélité vis-à-vis du restaurant. Quatre personnes nous disent spontanément y aller pratiquement tous les jours.

Tous les jours, je vais manger à midi au restaurant la Sama. J'ai un régime. Si c'est trop gras, comme aujourd'hui c'était un peu trop gras, je me limite juste à prendre de la soupe. Je ne prends pas le plat. (Louis)

Je mange très souvent mon repas au restaurant social. C'est vraiment sain ! C'est fait à l'huile d'olive. Le sel : la cuisinière en met très peu. Le poivre : elle n'en met pratiquement pas aussi. Les gens en mettent à leur convenance parce qu'il y a aussi des problèmes de santé parmi les gens qui fréquentent le restaurant social. (Nicole)

Je vais au restaurant [social] au moins deux ou trois fois par semaine. La nourriture y est acceptable, surtout pour le prix. Pour 1,5 €, on ne peut pas s'attendre pour ce prix-là à de la haute qualité. C'est aussi moins cher que manger chez soi. (Jean)

En fréquentant régulièrement le restaurant social, quelques personnes ont perdu l'habitude de cuisiner. Elles sont devenues dépendantes du service et acceptent ce qu'on leur donne. Du même coup, elles font très rarement leurs achats alimentaires dans une épicerie. Quand le restaurant social « la Sama » est fermé, un de nos répondants utilise d'autres ressources dans d'autres quartiers pour aller manger : une sorte de « nomadisme » entre différentes associations.

Je mange toujours à l'extérieur de chez moi. Je vais manger à la Samaritaine le midi et le soir à « La rencontre » [Restaurant social situé dans un autre

quartier⁶⁴]. Quand « La Rencontre » est fermée, je vais alors au restaurant. Je ne cuisine pas. Ce n'est pas que je n'aime pas cuisiner. Mais, vous voyez monsieur, par exemple pour 1,5 €, je mange à la Samaritaine et pour 3 € je mange à « La Rencontre ». Parfois, je vais aussi au Babelkot⁶⁵. Je mange varié et il est difficile de manger pour ce prix-là chez moi. (Gérard)

Le soir, je mange une tartine avec du fromage, de la confiture ou avec des sardines. Je ne cuisine jamais. Je mange une fois chaud, uniquement tous les midis à la Sama. Les samedis et dimanches, je mange des tartines chez moi. Parfois, je m'en vais acheter un paquet de frites. (Louis)

Regardez au restaurant ici. Les gens viennent manger. Il y en a beaucoup que je connais qui ne mangent rien le samedi et le dimanche parce que le restaurant est fermé. Tous les restaurants sociaux sont fermés les week-ends. (Jacqueline)

Occasionnellement, les habitants du quartier peuvent venir chercher des aliments au restaurant social. Il s'agit surtout d'une forme d'aide ponctuelle. Tous les vivres ainsi distribués proviennent d'une banque alimentaire⁶⁶. Certains de nos répondants trouvent que ce service devrait être amélioré pour permettre à davantage de personnes d'en profiter. En fait, ils reconnaissent la légitimité de ce service tout en pointant l'inadéquation partielle de l'offre avec leurs besoins : « On reçoit peu », « Des aliments sont périmés ».

Au restaurant, on reçoit parfois des affaires de nourriture qui viennent de la banque alimentaire et des légumes de la ferme. Mais, si cela vient de la banque alimentaire, on doit toujours faire très attention à la date limite. Si la date est passée, on met directement les choses à la poubelle. (Louis)

Au restaurant de la Samaritaine, on distribue parfois des choses. Mais, on a de moins en moins de choses. Maintenant, peut-être que la cuisinière garde pour cuisinier. Mais, les gens reçoivent donc moins. Il y a quand même beaucoup de gens qui sont en demande. Il me semble que cela pourrait être amélioré. (Véronique)

⁶⁴ Situé dans le quartier d'Anderlecht (Bruxelles), le restaurant social « La Rencontre » est ouvert à tout public, du lundi au dimanche. Une grande partie de la clientèle qui utilise cette ressource est touchée par des troubles de santé mentale.

⁶⁵ Le Babelkot se situe dans la commune de Jette (région de Bruxelles). C'est un lieu qui offre entre autres un restaurant social et la nuitée pour quelques personnes démunies (pour une durée de trois mois maximum).

⁶⁶ Les aliments proviennent de la banque alimentaire Bruxelles-Brabant qui récolte les vivres, le cas échéant les conditionne, puis les répartit entre diverses associations comme le Comité de la Samaritaine, qui les distribuent aux personnes qui en ont besoin.

Enfin, seulement deux de nos répondants nous parlent du déjeuner mensuel organisé au restaurant. Mais l'un nous dit ne pas y aller et préférer rester tranquillement chez lui.

Au Comité de la Samaritaine, ils organisent [avec la Maison médicale] un petit déjeuner une fois par mois. Et là, il y a parfois une dame diététicienne qui est venue. Elle nous a parlé de tout ce qu'on pouvait manger. (Nicole)

Moi, je ne vais jamais au petit déjeuner organisé au restaurant la Sama. Le matin, j'aime bien rester tranquille chez moi. J'aime bien faire ce que j'ai à faire et mettre un peu d'ordre dans mon logement. (Jean)

Le vestiaire permet aux résidents du quartier d'acheter des vêtements à très bas prix. Il est ouvert deux fois par mois. Pour le Comité de la Samaritaine (2004⁶⁷), en demandant une contribution financière, il s'agit de redonner une certaine dignité aux personnes par un système de paiement (même si celui-ci est symbolique) et non par un don. L'organisation de ce service est assurée par une personne bénévole. Quelques-uns de nos répondants utilisent ce dépannage vestimentaire qui leur permet de s'habiller à moindre coût, d'autres n'y vont pas parce qu'ils n'en ont pas besoin ou qu'ils ne trouvent jamais rien à leur taille.

Moi, j'achète mes vêtements et tout le bazar là-bas. J'en donne aussi des vêtements parce que j'en reçois. (Pierre)

Il y a aussi le vestiaire du Comité de la Samaritaine. Mais des fringues, vous en trouvez partout ici. Je veux dire qu'il y a plein de petits magasins pas chers. Moi, je trouve que le vestiaire c'est vraiment du brol. J'y vais parfois pour voir ce qu'il y a. La dernière fois, j'ai quand même trouvé trois chemises et je les ai prises. Si je vais ailleurs, cela me coûtera plus cher. (Véronique)

Je ne vais pas tellement au vestiaire parce que je ne trouve jamais rien à ma taille. Pourtant, j'ai une taille standard. (Jean)

Je n'utilise jamais le vestiaire. On me donne déjà beaucoup de vêtements. [Quand je reçois des vêtements,] je prends ce qui me plaît et le restant je vais le porter au vestiaire. (Monique)

Enfin, la situation géographique du quartier est aussi évoquée comme un aspect positif par plusieurs de nos répondants : « On est proche de tout ». Nous noterons que

⁶⁷ Comité de la Samaritaine (2005). Rapport d'activités 2004. [Document consultable au Comité de la Samaritaine - Rue de la Samaritaine, 41 - 1000 Bruxelles - Belgique].

dans les quelques rues du quartier de la Samaritaine, il n'y a aucun magasin. Toute l'**activité commerciale** se situe dans les rues avoisinantes, à quelques minutes de marche : rue Haute, rue des Minimes et place du Sablon.

On a tout ici qui est proche. On a un petit City Delhaise [petit supermarché] ; il y a aussi quelques petits magasins, parfois un peu trop cher pour le quartier. Les prix ne sont pas adaptés pour le quartier. Mais bon, je pense qu'en faisant attention, on peut y arriver. (Nicole)

Moi, je fais mes commissions juste en bas. Pour ça, ici on est bien pour les magasins. Je vais beaucoup au Delhaise parce que c'est moins cher. Je vais aussi au petit magasin à côté de chez Jean-Jacques : le petit magasin turc. Là aussi, j'y vais de temps en temps. Elle sait que je prends tout le temps des chicons pour mes canaris. Alors, elle me donne gratuitement des chicons quand ils sont un peu abîmés. Elle les met sur le côté et elle me les donne. (Monique)

On n'est pas loin du centre-ville. En fait ici, si l'on prend l'ascenseur⁶⁸, on est vite à la Porte Louise. On peut facilement sortir du quartier. Allez... Il y a des petits commerces pas loin. Il y a pas mal de choses quoi. (Gérard)

A priori, l'accès aux commerces offrant des aliments sains ne semblerait pas plus difficile qu'ailleurs. Nos répondants font référence entre autres à un petit supermarché et deux petites épiceries. Ce seraient cependant les seuls magasins d'alimentation proches du quartier de la Samaritaine signalés par les personnes. Mais, il nous faut nuancer ces propos. La notion de proximité est à géométrie variable et la facilité d'accès est évaluée de façon différente chez les divers répondants. Si la majorité des individus fréquentent davantage la petite « grande surface », située à quelques minutes de marche du quartier de la Samaritaine, d'autres se rendent plutôt au centre-ville ou dans des quartiers avoisinants. Le prix et une plus grande diversité dans les magasins d'alimentation semblent être les critères principaux de ce choix. Aussi, les nombreux antiquaires qui occupent la rue Haute, adjacente au quartier, sont signalés par nos répondants. De même, le peu de débit de boisson est souvent souligné⁶⁹.

⁶⁸ Depuis 2002, un ascenseur relie le bas (quartier des Marolles) et le haut de la ville (Place du Palais de Justice de Bruxelles). Le dénivelé est de 63 mètres.

⁶⁹ Dans les quelques rues du quartier de la Samaritaine, on comptait à une époque cinq cafés. Le dernier, « Chez Jeannine » a fermé en 2006. Plusieurs habitants se retrouvaient là pour aller boire et socialiser : « Chez Jeannine », c'était un café avant. Maintenant plus. Il y avait beaucoup de connaissances qui se connaissaient là, qui venaient. Il y en avait quelques-uns de la rue qui venaient boire leur verre là. C'était le dernier café de la rue. C'étaient comme chez eux ici, ce petit café. Les gens se parlaient. Et maintenant, il est fermé... Et les gens, ils sont malheureux. (Marianne)

La vie est chère dans le quartier. Si vous allez dans la rue Haute, vous remarquerez qu'il y a beaucoup de brocanteurs, qu'il y a des magasins de vêtements qui sont assez chers. Et donc, il faut se déplacer pour faire ses courses. Il faut aller au centre-ville. Il faut faire les soldes. (Gérard)

Avant, il y avait plusieurs bistrots dans le quartier. Maintenant, il n'y a plus de bistrot ici. Dans la rue Haute aussi, ils ont presque tous fermés. Il n'y a plus de bistrot. Tu peux le voir, il y a presque plus que des magasins avec des antiquités. (Louis)

Il n'y a plus que des antiquaires, maintenant. Avant, il y avait au moins une dizaine de bistrots. Il y en a peut-être encore trois dans toute la rue Haute. Parce qu'ici au tournant, maintenant c'est un restaurant. Il y a « Chez Léon ». Il y a « Le petit Stella ». Il n'y en a pas plus que deux ou trois. Tout le restant, ce sont des antiquaires. Les magasins de légumes, à part le Delhaise, le Turc et celui de l'autre côté, il n'y a plus rien. Pour la boucherie : il n'y en a plus qu'une seule dans toute la rue. Si tu vas au centre-ville, tu as plus de choix. (Jacqueline)

Enfin, nous noterons au passage une particularité dans le quartier : huit personnes interviewées nous parlent du « **concierge de la rue** ». Il s'agit d'un résidant du quartier qui jouit d'affinités politiques et qui s'est octroyé cette fonction et ce titre. Cette personne intervient entre autres dans la gestion de la propreté du quartier et certaines réparations dans les immeubles. Elle s'immisce aussi dans l'attribution de certains logements et dans des problèmes de cohabitation d'immeuble. Nous aurons l'occasion de revenir sur son rôle dans d'autres parties de cette section du chapitre 5.

On a le concierge de la rue qui nettoie parfois les rues. Si on sait qu'une personnalité doit venir dans le quartier, il nettoie alors les rues avec son grand arrosoir. Enfin plutôt avec un grand tuyau et tous ces trucs-là. (Nicole)

Les autres qui habitent dans la maison ne nettoient pas le couloir et les escaliers [espaces communs]. Le concierge de la rue est intervenu et leur a dit que si je nettoiais les escaliers, ce serait bien de me donner quelque chose pour l'eau ou le produit. (Monique)

Le concierge de notre rue, il donne des appartements à qui il veut. Et moi, j'attends... et je n'ai jamais d'appartement social. Voilà... Le concierge, c'est celui qui balaie la rue et qui nettoie des appartements. (Mariette)

Au bilan, dans le quartier de la Samaritaine, le Comité de la Samaritaine prend une importance particulière. Il offre en un même lieu divers services pour répondre aux

besoins des habitants dans le quartier : soutien social, distribution alimentaire, restaurant social, service de vêtements usagés, activités culturelles... L'Antenne médicale est fréquentée par tous nos répondants. Un tel service a une vision éminemment sociale de la santé.

Ce qui semble ressortir fondamentalement de notre analyse, c'est un sentiment de solitude dans lequel semblent vivre plusieurs des personnes interviewées et auquel elles s'efforcent d'échapper en fréquentant les diverses ressources du quartier. C'est la nécessité de se rencontrer et de se parler qui est ainsi souvent exprimée. La présence du Comité de la Samaritaine, mais aussi de l'Antenne médicale, semblent dès lors essentielles dans le quartier comme lieux de socialisation, de rencontre et de soutien pour les habitants du quartier.

5.5.1.3 Le quartier comme lieu d'engagement communautaire

Lors de nos entrevues, nous nous sommes aussi intéressés à la participation des personnes dans la vie du quartier. Le Comité de la Samaritaine semble être au cœur de cet engagement communautaire. D'ailleurs, aux dires de deux répondants, cette organisation trouve son origine dans la volonté de la population locale. Lors de sa création, il s'agissait de mettre en place un espace de rencontre entre les habitants et de « prendre part » au débat pour améliorer les conditions de vie dans le quartier.

[Contexte de logement insalubre - 1978⁷⁰] Les gens ont décidé avec les médecins du quartier de créer une maison de quartier ici. Et, c'est comme cela que l'on a mis une maison de quartier ici. C'est là où se trouve le restaurant social. C'est la Sama. C'est comme cela que l'idée est venue. (Louis)

Je dois vous dire que le restaurant de la Sama, c'est moi qui l'ai ouvert avec [Louis] et les médecins. (Pierre)

⁷⁰ En 1978, la ville de Bruxelles procède à de nombreuses expulsions pour des raisons d'insalubrité dans le quartier de la Samaritaine. Plusieurs maisons dans la rue de la Samaritaine ont été frappées par un décret d'inhabitabilité. Une vingtaine de personnes particulièrement défavorisées se sont retrouvées dans la rue sans qu'aucune mesure de relogement n'ait été prévue (Godefroid, document sans date).

À l'époque où le Comité de La Samaritaine a pris forme, il y avait une antenne du Mouvement ATD Quart Monde⁷¹ dans le quartier. Plusieurs personnes étaient membres de ce mouvement. De très nombreux résidents dans les quelques rues du quartier de la Samaritaine étaient menacés d'expulsion de leur logement en raison des conditions d'insalubrité.

Aujourd'hui, des dispositifs consultatifs, comme des réunions sur des thématiques particulières, sont mis en place par le Comité de la Samaritaine. La participation semble davantage encadrée et organisée, laissant finalement peu de place à la spontanéité des décisions. Elle donne l'impression d'être la plus souvent instrumentalisée. Plusieurs de nos répondants semblent déléguer leur pouvoir aux employés du Comité de la Samaritaine.

Le Comité de la Samaritaine essaye de sensibiliser les gens. Il y organise des réunions pour les habitants. Mais, c'est le travail des assistantes sociales d'organiser les réunions. C'est leur travail d'améliorer la qualité du quartier. Moi, je ne suis pas membre du Comité. (Gérard)

Ce sont Christine ou Géraldine [assistantes sociales du Comité de la Samaritaine] qui proposent de faire des réunions pour essayer d'améliorer justement le quartier. Ce sont eux qui donnent des idées. (Ginette)

Normalement, on va avoir une réunion sur la propreté pour demander au camion de la Ville qui nettoie les rues de venir plus souvent avec de l'eau dans le quartier. Il faudrait aussi qu'ils vident [les employées de la ville] plus souvent les petits trous qui sont dans la rue. (Louis)

Il va de soi que la présence physique des personnes est indispensable avec les activités participatives à la vie du quartier. Cela peut se traduire notamment par la fréquentation aux réunions et la prise de responsabilité. Or en analysant le discours de nos répondants, nous verrons que dans le quartier de la Samaritaine, il y a un manque évident de participation. Dans cette étude de cas, nous avons fait ainsi la distinction entre « faire partie de » qui renvoie à une dimension plus passive et le « prendre part à » qui fait référence à l'engagement de la personne. Dans le quartier de la Samaritaine, on constate que relativement peu de personnes rencontrées lors de nos entretiens

⁷¹ ATD Quart Monde est un mouvement qui rassemble des personnes vivant dans la grande pauvreté et d'autres citoyens engagés à leurs côtés. Ce mouvement international lutte contre l'exclusion et l'extrême pauvreté. La section belge a été créée officiellement en 1971. (www.atd-quartmonde.be)

semblent s'impliquer dans l'amélioration de leur cadre de vie collectif. Le nombre de personnes présentes lors des réunions est réduit ; ce sont aussi toujours les mêmes qui sont là. La non-participation peut être assimilée au désintérêt, à une forme d'abandon. Des explications sociales peuvent entrer en jeu. Ainsi, il peut s'agir de décalages entre les désirs des intervenants sociaux dans le quartier et les pratiques des résidents. Ces décalages renvoient aux valeurs, aux représentations, aux expériences et aux attentes des différents acteurs (Warin, 2011).

On fait des réunions pour tout ce qu'il y a un petit peu comme problème dans la rue. ...]. Le problème c'est que l'on est souvent seulement trois ou quatre personnes aux réunions et ce sont toujours les mêmes. Alors, je pense parfois que cela ne sert à rien. (Nicole)

Au Comité de la Samaritaine, on a des rencontres. Mais, c'est toujours le même problème, on est plus que deux, trois ou quatre aux réunions. Et les nouveaux dans le quartier, ça ne les intéresse pas pour ceci ou pour cela. (Jacqueline)

Ce qui me fait un peu « chier », c'est le Comité avec leurs multiples réunions. Quand ils font une réunion pour ci ou pour ça, ils insistent tout le temps pour qu'on y aille. [...] Je ne participe pas aux rencontres organisées par le Comité de la Samaritaine. Cela me fait « chier » ! Ça me pompe ! Ça ne sert à rien ! C'est du « ragnagna » ! Ce n'est pas utile. (Véronique)

Pour les quelques personnes qui sont présentes aux réunions, c'est une occasion de rencontrer des gens pour parler, pour discuter. On a l'impression qu'il s'agit prioritairement d'un temps pour briser la solitude, pour se retrouver, pour socialiser et, ou pour combler un vide dans ses journées.

Moi, je trouve que c'est important de participer aux réunions. [...] On peut discuter. Parfois, on voit d'autres gens. On peut parler avec du monde. Cela aussi, ça change. On ne reste pas seul chez soi. On discute pour voir ce qui va, ce qui ne va pas. (Ginette)

Un jour, il y avait une réunion. Je viens à la réunion et il y a des gens qui disent : « Oh, c'est dommage qu'il n'y ait plus de vestiaire. C'était intéressant ». Alors, la présidente du Comité de la Samaritaine a dit qu'elle ne trouve personne. Et moi, j'ai dit que je voulais bien le faire [...] C'est moi qui ai commencé le vestiaire. (Jacqueline)

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, la participation semble minimale, voire même inexistante. Elle se limite *a priori* davantage à de la transmission d'informations de la part des organisateurs des rencontres et occasionnellement à une sorte de « consultation ».

Ainsi, plusieurs réunions relèvent davantage de ce que nous qualifierons d'une « information sanitaire et socio-économique ».

Un moment donné, on a fait des réunions pour apprendre pour le CO2. On a fait des réunions, vous voyez, pour l'eau chaude et pour l'eau froide... pour les bulex [chauffe-eau en Belgique] et tout ça. On en a fait aussi pour apprendre pour les odeurs et des choses comme ça. Ça, les assistantes sociales ont fait cela ici. On apprend quand même aux gens d'ouvrir leurs fenêtres pour aérer. On apprend... On fait des réunions ici pour apprendre aux gens pour vivre sainement. (Jacqueline)

À la Maison médicale, il y a eu des réunions pour expliquer un peu ce que l'on devait faire ou ne pas faire. Mais, il n'y a pas eu uniquement des réunions pour l'alimentation ; il en a eu aussi pour le tabagisme. Moi, je suis allé à ces réunions. (Gérard)

Pour quelques personnes, leur engagement s'inscrit dans des activités bénévoles. Dans ces situations, c'est surtout la recherche d'une activité occupationnelle qui est privilégiée.

Un jour, je suis venu ici [au cabinet médical] et je dis au docteur : « Moi, j'aimerais bien m'occuper durant la journée parce que moi je deviens malade à rester entre mes quatre murs ». Et c'est comme ça que j'ai commencé à travailler bénévolement à la Samaritaine [...] Les journées de semaine, je suis pas mal occupée à côté [à la Sama]. Je fais les légumes, j'aide parfois à la vaisselle... Je fais le vestiaire. Cela investit beaucoup de temps. Et alors, j'aide parfois à la cuisine. (Jacqueline)

Moi par exemple, je fais parfois du travail bénévole. Je distribue parfois des prospectus dans les boîtes aux lettres. Des prospectus divers : pour les poubelles, pour la réunion. Je distribue aussi le petit journal « Le marollien rénové ». Il y a pas mal de choses quoi. Ça m'occupe. (Gérard)

La faible participation des personnes dans le quartier peut s'expliquer par une certaine culture « d'assistance ». Du coup, amener les personnes à s'engager dans l'amélioration de leur cadre de vie nécessite de la part du Comité de la Samaritaine la mise en place d'une approche de contact proactive en planifiant des espaces de rencontres et discussions. Mais même là, il nous faut constater qu'il y a *a priori* fort peu d'engagements de nos répondants.

Au bilan, le quartier tel qu'il est vu et vécu par nos répondants, nous renvoie à l'image d'un voisinage local qui semble occuper un rôle pertinent en tant que source d'identité

5.5.2 Le quartier et sa dimension écologique

Dans un deuxième temps, les personnes évoquent la dimension écologique de leur environnement. Elles font référence aux conditions d'existence, aux relations qu'elles entretiennent avec leur milieu de vie. Les termes utilisés renvoient à la fois à des éléments et à des relations entre éléments ; les éléments et relations sont de nature diverse : il s'agit de l'air, du bruit, des animaux domestiques, de l'aménagement de la rue, du logement, etc.

Comme pour le quartier Pointe-Saint-Charles, nous pouvons mettre en évidence dans le discours des personnes interrogées plusieurs catégories représentationnelles de l'environnement : (1) l'environnement social et communautaire que nous avons présenté précédemment, (2) l'environnement « problème », (3) l'environnement « nature », (4) l'environnement « espace de vie public », (5) l'environnement « décor », (6) l'environnement « déterminant de la santé ». Le logement sera abordé dans un point spécifique, car il occupe une place particulièrement importante pour la population du quartier et connaît certaines problématiques spécifiques.

5.5.2.1 L'environnement « problème »

Si la représentation de l'environnement social et communautaire est dominante, nos répondants font aussi référence à un ensemble de problèmes essentiellement biophysiques qui menacent et/ou détériorent la qualité de vie des personnes : en particulier, la mauvaise qualité de l'air, la malpropreté et le bruit.

La qualité de l'air est évoquée par la majorité de nos répondants et constitue l'un des problèmes les plus souvent mentionnés. C'est surtout le manque d'air dans le quartier qui est exprimé. C'est avant tout le peu d'espace disponible du fait de l'étroitesse des rues, de la promiscuité de l'habitat dans un territoire circonscrit empêchant la circulation de l'air et/ou le renouvellement de l'air vicié qui est énoncé.

De l'air... Il n'y a pas assez d'air ici. Moi, je vous le dis, il n'y a pas assez d'air dans la rue. (Mariette)

Il y a un manque d'air ici dans le quartier. Peut-être que c'est parce que les maisons sont trop rapprochées les unes des autres [...] Le fait que la rue soit si étroite fait que l'on se sent pris comme ça. Enfin, moi je me sens comme ça personnellement. (Ginette)

[Concernant la qualité de l'air], je vais te le dire... Il y a trop de maisons les unes à côté des autres. Il n'a pas assez d'espace. Comme ici derrière, il n'y a pas assez d'espace. Au plus, il y a des espaces entre les maisons ou à l'arrière de maisons, au plus il y a de l'air. (Louis)

L'air n'est vraiment pas terrible. Il n'est pas très bon. C'est-à-dire qu'il n'y a pas beaucoup d'air. C'est normal, les maisons sont les unes sur les autres. (Jacqueline)

Cette mauvaise qualité de l'air fait directement référence à la pollution atmosphérique de proximité qui constitue un problème important mentionné par la plupart de nos répondants. Selon Wayens (2006), ce sont les parties les plus densément et anciennement urbanisées de Bruxelles qui concentrent les appréciations négatives quant à la qualité de l'air. Cette pollution est perceptible par la vue et l'odorat et aussi par son caractère habituel ou répétitif ainsi que par l'identification de ses origines. Pour Annesi-Maesano (2009), la caractérisation de la pollution passe entre autres par la perception subjective qu'en ont les personnes et non uniquement par des données objectives d'exposition. Selon nos répondants, les voitures constituent la principale source de détérioration de la qualité de l'air dans le quartier.

Il y a de la pollution dans le quartier. C'est surtout la pollution des voitures. (Gérard)

L'air est pollué. C'est pollué par les voitures. Il n'y a pas une minute où il n'y a pas une voiture qui passe dans la rue. Et c'est... Les odeurs de voitures, ce n'est pas agréable. (Nicole)

On a toutes les odeurs de pots d'échappement quand les voitures démarrent. Il n'y a pas beaucoup de place. Je te dis que ça pue. (Véronique)

Dans la rue de la Samaritaine, il y a quand même beaucoup de voitures. Des fois, ils laissent tourner leur voiture pendant un quart d'heure ou vingt minutes avant de démarrer. Et tu dois voir la fumée qui sort de leur bagnole ! C'est beaucoup cela qui pollue ici. Ça pue à crever. (Monique)

La présence de nombreuses voitures dans le quartier pourrait sembler étonnante : les voies sont étroites et il n'y a aucun commerce. Mais, il faut savoir que le stationnement dans toutes les rues avoisinantes est payant. Ce n'est pas le cas dans le quartier de la Samaritaine. Dès lors, de nombreuses personnes (commerçants, employés) viennent s'y stationner.

Le problème avec les voitures, c'est que tous les gens qui ont des magasins ici sur la rue Haute et les employés du quartier viennent stationner en priorité ici dans la rue, parce qu'ailleurs c'est payant. Ici dans la rue, ce n'est pas payant. (Jean)

Ailleurs, il faut payer pour parquer. Ici dans la rue, il ne faut pas payer pour parquer. Donc, il y en a beaucoup qui viennent avec leurs voitures ici parce qu'il y a tous les magasins d'antiquités de la rue Haute. (Jacqueline)

Cette pollution atmosphérique influence la qualité de vie des personnes. D'ailleurs, de nombreuses études épidémiologiques mettent en avant les effets biologiques et sanitaires des polluants (Deloraine et Ségala, 2001). L'exposition à des polluants pouvant avoir des effets négatifs sur la fonction respiratoire des personnes en bonne santé et exacerber les symptômes respiratoires des personnes malades, semble amplifiée par la configuration des lieux : « Les gens sont malades à cause du manque d'air ». Notons au passage que l'asthme est une des maladies pulmonaires chroniques qui semblent toucher un nombre important de résidents dans le quartier. Elle donne lieu à des symptômes tels une sensation de gêne respiratoire et de l'essoufflement.

Il y a de la pollution. Cela il y en a assez ici dans la rue de la Samaritaine. Moi, je vous le dis, il n'y a pas assez d'air dans la rue. S'il y avait plus d'air, il n'y aurait pas [de pollution]. Les gens sont malades à cause de ça ici. Les gens sont malades parce qu'il n'y a pas assez d'air ici. (Mariette)

Il y en a beaucoup ici dans les quartiers qui ont de l'asthme et qui doivent prendre des médicaments. [...] Je ne sais pas te dire pourquoi autant de gens doivent prendre de l'oxygène. Je ne pense pas que ce soit le logement. Je pense plutôt que ce doit être la pollution et le manque d'air dans la rue. (Monique)

Je dois aussi prendre des médicaments comme ça pour avoir de l'air. Quand je monte la rue du Temple, je dois souffler quand j'arrive en haut. (Jacqueline)

La pollution de l'air est aussi présentée comme une évidence de sens commun. Elle est perçue comme omniprésente, dépassant largement le cadre du quartier. Elle est partout ; nous sommes dedans.

Il y a des moments où il y a beaucoup de pollution. Mais, ce n'est pas qu'ici dans le quartier. La pollution est partout. Elle est surtout produite par les voitures, les camions et les bus. (Gérard)

Dans le quartier, on a la pollution. Mais, c'est le cas pour toutes les grandes villes du monde. Cela ne se limite pas au quartier. L'air n'a pas de frontière. Si c'est pollué à côté, si c'est pollué ici, c'est pollué à deux kilomètres d'ici aussi. C'est évident. [...] La pollution, ce sont surtout les gaz des voitures. (Jean)

Un répondant avance l'hypothèse que l'installation de « casses-vitesses » entraîne de la pollution.

Chaque fois que vous passez au-dessus d'un casse-vitesse, vous ralentissez et une fois passé le casse-vitesse, on doit remettre du gaz pour accélérer. Cela fait beaucoup de la pollution. (Jean)

La propreté constitue un autre élément majeur de l'image du quartier pour les personnes. Ce terme est employé spontanément par la plupart des personnes. Elle est considérée comme importante.

La propreté, c'est important. Moi, je ne sais pas vivre si l'endroit est sale. [...] Le problème qu'il y a dans le quartier, c'est la [mal]propreté des rues. C'est terrible... (Jacqueline)

La propreté dans la rue, c'est très important. De temps en temps, je dois dire que c'est un problème. (Louis)

La notion de propreté est éminemment subjective et sociale. Elle tend à qualifier ce qui est net et exempt de saleté. Elle dépend le plus souvent d'une comparaison avec d'autres quartiers, mais aussi avec le passé. Plusieurs des personnes rencontrées lors de nos entretiens constatent ainsi que la situation dans le quartier de la Samaritaine s'est améliorée au cours des dernières années. Mais nombreuses sont celles qui donnent des exemples récurrents de malpropreté. Cette malpropreté signalée par nos répondants renvoie principalement l'image d'une dégradation non pas de l'hygiène du lieu, mais plutôt de son ordre social : « Les poubelles traînent », « On a des dépôts de meubles ». La saleté correspond alors à ce qui n'est pas à sa place.

Il y a des fois beaucoup de poubelles en rue ou alors des gens qui abandonnent de meubles. (Gérard)

Les gens ne sortent pas leurs poubelles au bon moment. Alors, on retrouve des petits paquets en journée ou alors des dépôts de meubles et de tout. (Nicole)

Il faudrait s'arranger pour garder la rue propre. La personne en haut de chez moi, elle jette ses boîtes de médicaments par la fenêtre, au lieu de les mettre à la poubelle. [...] Un mouchoir en papier, elle le jette par la fenêtre. Elle jette tout par sa fenêtre. Et en face de chez moi, lui il jette des bouteilles et puis il se retire. Ça fait de beaux « boums » quand elles se cassent sur la rue... et tout le monde finit par regarder par la fenêtre. Non, mais enfin c'est quand même dangereux. [...] Pour ça, je pense qu'il ne réfléchit pas. (Monique)

Jean nous parle de l'accumulation des petits sacs de détritux autour des poubelles publiques. Comme nous le soulignerons un peu plus loin, cette situation peut être mise en parallèle avec une procédure inadéquate dans le recyclage des déchets.

Les gens sont indisciplinés avec leurs petites poubelles. Ce sont par exemple tous les petits sacs GB [d'épicerie] que l'on jette autour des poubelles de rue. On les met dans les poubelles de rue. Quand il n'y a plus de place dedans, on les met autour et au-dessus. Et, c'est comme cela jusqu'à ce que la voirie veuille bien passer. (Jean)

L'espace public associé au quartier de la Samaritaine est érigé comme lieu du sale. Les personnes interviewées invoquent la dégradation du civisme. En fait, la plupart des déchets qui traînent dans les rues sont perçus moins comme les produits d'un voisinage que comme les résultats d'intrusions, soit par des personnes appartenant à un groupe d'immeubles différents, soit d'un autre quartier, voire d'une commune voisine. Rien de surprenant : plus l'ensemble social est de taille réduite, plus augmentent les chances que les actes de délinquance découlent d'une intrusion, plutôt que de frictions internes.

[... Il y a des habitants] qui viennent par exemple du Sablon [quartier voisin] avec leurs déchets ici. Oui oui... Ils viennent mettre leurs poubelles ici. Ou alors, on passe dans la rue en voiture et on vide le cendrier de la voiture par terre. C'est plein de petits trucs comme ça dans le quartier. (Nicole)

Ici, il y a des gens qui viennent d'ailleurs pour déposer leurs sacs-poubelles dans la rue. Les gens prennent vraiment ici le quartier pour rien, quoi. Ou bien on entend parfois : « Oh, c'est la Samaritaine ! C'est bon comme ça. C'est toujours sale ici ». [...] Oui, ce sont souvent les gens de l'extérieur qui viennent, qui s'en fichent et qui laissent tout comme ça. (Jacqueline)

Dans la rue Samaritaine, il y a des gens qui viennent [d'ailleurs] avec des voitures et qui déchargent des frigos et des armoires et autres objets encombrants dans la rue. (Louis)

Nos répondants parlent aussi du nettoyage. Cette notion fait référence au service d'entretien de la Ville qui a pour objet principal de supprimer les dépôts de toute nature qui apparaissent sur la voie publique. Les deux activités destinées à les supprimer sont, d'une part, la collecte des déchets et, d'autre part, le nettoyage des rues. C'est surtout le peu de services et de suivi des employés de la Ville qui est signalé par les résidents que nous avons interviewés dans le quartier : « Les ouvriers ne font pas leur travail, alors que les quartiers plus aisés sont nettoyés quotidiennement ».

Il a beaucoup de saleté dans la rue. C'est la faute des gens, oui. Mais pas seulement. Si vous allez à l'Avenue Louise, à la rue Haute, à la rue Blaes, on nettoie les rues les samedis, dimanches et tous les jours. Nous, on est parfois gêné de voir comment notre quartier est, parce que les éboueurs ne viennent pas souvent. (Jacqueline)

On ne peut pas dire que la rue est nickel [très propre]. C'est vrai qu'elle est sale et que ce n'est pas gai pour nous. Mais, les ouvriers ne font pas leur travail alors qu'ils sont payés pour nettoyer la rue. On ne les voit pas parfois pendant plus d'une semaine. (Nicole)

Le camion de la Ville qui nettoie les rues ne vient pas assez souvent. (Louis)

Lors de nos rencontres individuelles, deux personnes nous parlent de la journée propreté dans le quartier. Cette activité s'inscrit dans le cadre annuel d'un grand barbecue. Une dizaine de personnes, adultes et enfants, avec l'aide d'employés de la Ville balayent alors la rue de la Samaritaine et ramassent ça et là tout ce qui se trouve à terre.

Il y a eu la journée propreté. C'est le Comité de la Samaritaine qui organise cela. C'est le jour qu'on a fait le barbecue dans la rue également. Tout le monde nettoie toute la rue et tout ça, convenablement. Tout est propre. Il y a aussi des hommes de la Ville qui sont là. (Jacqueline)

On a aussi une fois balayé toute la rue de la Samaritaine. Mais, cela ne reste pas. Ça ne reste pas ! C'est vraiment dommage. C'est le Comité de la Samaritaine qui avait fait tout cela. Il y avait quand même du monde. (Nicole)

Le tri des déchets est obligatoire à Bruxelles. Les habitants doivent utiliser trois sortes de sacs destinés aux ramassages sélectifs : jaunes, bleus et blancs⁷². Ce mode de fonctionnement ne semble pas adapté à la population du quartier qui doit en supporter les coûts en se procurant les différents sacs de couleur pour le recyclage. Au lieu de trier, plusieurs résidents vont déposer leurs déchets directement dans les poubelles publiques. Les limites de cette démarche sont flagrantes et montrent que l'adhésion des personnes à des règles qui ne tiennent pas compte de leur réalité socio-économique, mais aussi des contraintes locales comme l'impossibilité de se procurer les sacs adéquats dans une épicerie proche de chez soi, ne donne pas les résultats attendus.

Normalement, on doit trier. On a des sacs jaunes, bleus et des blancs... Mais dans le quartier, ce n'est pas bien fait. Dans le blanc, on peut mettre un peu de tout. Les sacs jaunes sont pour les cartons. Les sacs bleus sont pour les boîtes de conserve et les bouteilles qui ne sont pas en verre. On doit acheter les sacs. Et ici, un sac coûte 3 €. Mais, dans les environs, nous ne trouvons pas des magasins pour acheter les sacs jaunes et bleus. Alors, on ne trie pas, puisqu'on ne trouve pas les sacs bleus ou jaunes. On met tout dans le sac blanc. C'est vrai que ce serait beaucoup mieux de trier. Mais bon, il faut aussi dire que cela ferait quand même 9 € au lieu de 3 € [...] Il y a beaucoup des gens qui n'achètent pas de sacs-poubelles. Donc, ils mettent tous leurs déchets dans des petits sacs GB ou Delhaise [grandes surfaces] et ils mettent ça dans la poubelle publique. Tout le monde finit par suivre. (Nicole)⁷³

Les incivilités, telles que les déjections canines, sont aussi très fréquemment mentionnées par nos répondants. D'ailleurs selon la littérature, parmi les déchets les moins bien tolérés souvent en milieu urbain, on trouve les déchets liés à la vie, aux fonctions excrémentielles ou organiques, et notamment les déjections canines (Ozanne et coll., 1985)

Il y a des chiens qui font « caca » dans la rue et les gens qui ne ramassent pas. (Mariette)

Il y a tous les gens que l'on dit « bien », qui n'habitent pas ici et qui viennent avec leur chien pour qu'ils fassent leurs besoins dans notre rue. Ici, c'est populaire.

⁷² Ramassage des déchets par sacs de couleur : sacs jaunes pour les papiers et les cartons propres et secs (1,71 € pour 18 sacs) ; sacs bleus pour les bouteilles plastiques, les emballages métalliques et les cartons à boissons. (1,71 € pour 18 sacs) ; sacs blancs pour le reste des déchets ménagers qui ne peuvent être recyclés (1 € pour 12 sacs). Chaque sac ne peut excéder un poids de 15 kilos. Ceux qui ne respectent pas le tri risquent une amende.

⁷³ Le coût des sacs de recyclage avancé par Nicole ne correspond pas à la réalité.

Donc, on peut... Ce n'est pas chez eux. Ce ne sont donc pas spécialement les gens du quartier qui laissent aller leurs chiens. (Jean)

Le bruit est évoqué spontanément par quatre personnes que nous avons interviewées. Il est surtout signalé comme une simple gêne, une atteinte au confort. La notion de gênes due au bruit est bien un concept flou, soumis à la subjectivité et à la diversité des réactions individuelles (Zmirou, 2000). C'est surtout le bruit nocturne qui est mentionné par nos répondants : « Je me réveille en pleine nuit ». Ce bruit est alors associé à une série de comportements inciviques comme les cris et les bagarres. Le bruit des voitures dans la rue est aussi signalé à plusieurs reprises. Ce bruit nocturne entraîne diverses contraintes modifiant par exemple l'usage normal de son logement : « Je ferme mes fenêtres ».

J'aimerais pouvoir bien dormir la nuit. Ce n'est pas toujours le cas. Des fois, je me réveille en pleine nuit parce que j'entends crier dans la rue. Parfois, il y a même des bagarres. Il y a aussi des gens qui viennent d'ailleurs dans notre rue et qui n'ont rien à y faire. Ces gens-là s'insultent et puis se bagarrent. (Ginette)

De temps en temps, il y a des personnes qui font trop de bruit dehors. (Louis)

Je ne peux pas laisser les fenêtres ouvertes à cause du bruit des voitures dans la rue. Et puis, il y a parfois des gens qui gueulent. Mais, c'est surtout la nuit. (Monique)

Ces propos tenus par nos répondants recoupent les résultats du recensement de 2001 qui abordait la question du bruit. Ceux-ci indiquent clairement que cette thématique est critique à Bruxelles et que de nombreuses personnes se plaignent du manque de tranquillité dans le voisinage, surtout dans les parties de la ville les plus anciennement et densément urbanisées ainsi que dans les zones où les rues sont les plus étroites. Les occupants d'appartement contigus se plaignent deux fois plus que ceux résidant dans des maisons non jointives (Wayens, 2006).

Signalons au passage une autre problématique majeure dans le quartier : l'humidité. Nous aborderons celle-ci un peu plus loin, dans notre section consacrée au logement.

Dans le discours des personnes que nous avons rencontrées lors de nos entrevues individuelles et de groupe dans le quartier de la Samaritaine, nous observons que les problématiques environnementales sont surtout reliées à la qualité de l'air et à la malpropreté. Nous avons pu aussi constater que les comportements de type incivique sont très souvent mentionnés, ce qui renvoie à l'idée de « désordre social ». Il semble que pour éviter les frictions internes entre les résidents et maintenir la cohésion sociale, plusieurs de nos répondants estiment que la plupart de ces incivilités sont le fait de personnes extérieures au quartier.

Dans les pages suivantes, nous remarquerons que cet environnement « problème » est étroitement lié à d'autres catégories représentationnelles de l'environnement telles que l'environnement « nature » et l'environnement « espace de vie public ».

5.5.2.2 L'environnement « nature »

Un autre schème de représentation de l'environnement concerne la nature. Pour les personnes rencontrées lors de nos entrevues individuelles et de groupe dans le quartier, cet environnement « nature » fait référence essentiellement à la végétation, et d'une manière générale à ce qui est « vert ». D'ailleurs, Viard (1990, p.16) constatait, il y a quelques années que « la nature a aujourd'hui une couleur, le vert ». Cela semble vrai pour la plupart des gens du quartier de la Samaritaine. Le mot « verdure » est très souvent utilisé. Nous observons qu'aucun de nos répondants ne mentionne explicitement le mot « nature ». Cette verdure est perçue comme une sorte de dimension essentielle en ville.

Moi, j'adore la verdure. Je suis pour la verdure ; je suis pour le jardin.
(Jacqueline)

Il faut de la verdure en ville. C'est nécessaire. Ce sont les parcs, une prairie. Probablement pas des champs avec des vaches parce qu'on est en ville.
(Véronique)

Le premier point à observer quand on analyse le discours de nos répondants, c'est le manque de parcs dans le quartier et d'espaces verts conçus comme partie prenante de l'habitat. Ce manque est signalé par tous nos répondants. En fait, dans l'ensemble du quartier de la Samaritaine, la végétation ne paraît pas être une composante de

l'environnement immédiat des personnes. Avec la densification des rues, les résidents vivent dans un environnement pauvre en espaces verts. Seulement trois personnes nous signalent pouvoir accéder à un jardin. Il est évident que si on se réfère à la carte des espaces verts à Bruxelles, on constate que le quartier de la Samaritaine est situé dans une zone où la végétation est rare (De Spiegelaere et coll., 2001, p.95). Le centre de la ville manque de parcs et de jardins, de verdure dans les rues et dans les espaces existants, les installations sont trop souvent dégradées (IBGE 1997, cité dans De Spiegelaere et coll., 2001, p. 94).

Il manque de la verdure dans le quartier. (Nicole)

Dans le quartier, il n'y a pas suffisamment d'espaces verts. Il y en a en dehors du quartier. Il y en a au-dessus et en bas. Mais, dans le quartier de la Samaritaine, non. Il n'y a rien. (Pierre)

Il n'y a pas suffisamment de verdure dans la rue. Il n'y a pas grand-chose, si on regarde. Mais, on ne serait pas faire grand-chose non plus, parce que c'est une petite rue et le quartier est tout de même petit. (Ginette)

Il n'y a pas suffisamment d'espaces verts. Mais, cela s'explique parce qu'on est en ville. (Véronique)

Pour nos répondants, un espace vert correspond à une aire locale très restreinte, végétalisée et aménagée. Pour en trouver un, il faut sortir du quartier.

Il n'y a pas beaucoup de verdure dans la rue. Si tu sors du quartier, il y en a à la place de la Chapelle. Mais qui va y aller ? C'est déjà loin. Ils ont mis des bancs là pour les personnes qui vont parfois s'asseoir là. (Jacqueline)

Des espaces verts, il n'y en a pas dans le quartier. Il faut se déplacer pour en trouver un. Il faut prendre un tram, un métro ou un bus. (Gérard)

Le parc le plus près du quartier est à maximum dix minutes à pied. Il se trouve près de la rue de la Régence, près des petites rues qui montent assez bien. Mais, ce n'est pas très grand. (Nicole)

Pourtant un petit parc a été aménagé par le Comité de la Samaritaine : le parc de la Porte Rouge. Celui-ci est excentré et n'offre pas d'accès direct sur la rue de la Samaritaine. Signalons au passage que la rue de la Samaritaine constitue l'axe principal de la vie dans le quartier. Plusieurs personnes rencontrées lors de nos entrevues nous parlent de ce parc. Cependant, l'usage de ce lieu semble réservé presque exclusivement aux jeunes et aux enfants. Certains de nos répondants l'associent même à une plaine de

jeux. L'absence d'animation dans ce parc est aussi mentionnée par un de nos répondants. Dès lors, aucun des adultes que nous avons interviewés ne s'y rend.

Le Comité de la Samaritaine s'est battu pour ouvrir le parc de la Porte Rouge qui était fermé. Cet endroit était délaissé. Des camions entiers de saletés ont été enlevés. Maintenant, ils ont fait un beau parc. Mais, je trouve que c'est trop petit pour le nombre de jeunes qu'il y a dans le quartier [...] Moi, je n'y vais pas. C'est un peu loin pour les gens qui habitent rue de la Samaritaine⁷⁴. (Jacqueline)

Il y a maintenant un petit parc à la Porte Rouge pour les enfants. Les enfants ont peint une fresque ; il y a deux arbres ; ils ont fait des plantations de tournesol. Moi, je n'y vais pas. C'est trop passif pour moi. Il y a juste un banc pour s'asseoir. Il n'y a rien à faire. (Véronique)

Le parc de la Porte Rouge est fait pour les enfants. Il y a une chose pour jouer et une espèce de petit jardin pour des plantes et des légumes ou des fleurs. C'est pour les enfants, pas pour moi. (Louis)

Nous noterons au passage que pour un de nos répondants, les parcs sont considérés comme des lieux de rencontre nocturne et de délinquance.

Les parcs devraient tous être fermés la nuit par des grilles pour empêcher la délinquance. En général, les parcs ou les espaces verts sont des lieux de la délinquance surtout la nuit. Ce sont des lieux de rencontre le soir. (Jean)

Précédemment, nous avons signalé qu'une minorité des personnes rencontrées possédait un jardin. En dehors d'une seule exception, il s'agit toujours d'un espace collectivement partagé avec les autres locataires d'un immeuble et dont l'aménagement est réalisé en partie par les employés de la Ville. Un tel lieu est évoqué sous l'angle d'un certain bien-être psychosocial : « J'aime m'asseoir et parler avec des amis ». La dimension esthétique est aussi présente. Certaines études indiquent d'ailleurs l'existence d'une relation entre l'espace vert (comme l'accès à un jardin) et l'expression individuelle d'un bien-être mental. (Mass et coll., 2009). Enfin, nous noterons qu'aucune de ces trois personnes ne cultive des légumes.

Moi, quand il fait bon le matin, j'ai une table dehors et je déjeune dehors. J'ai la chance d'avoir un jardin. Cela me fait du bien. [...] Notre jardin n'est pas avec les autres locataires. [...] On est les seuls du quartier à avoir un vrai jardin [...] J'ai

74

Note : la distance entre les locaux du Comité de la Samaritaine et le parc de la Porte Rouge est d'environ 250 mètres (Google maps). Pour s'y rendre, les personnes doivent monter les escaliers de la rue de Temples pour rejoindre la rue des Minimes et se déplacer jusqu'à la rue de la Porte Rouge.

mis des géraniums pour que cela fasse joli. Mais, je ne fais pas des légumes. Je n'ai pas la main verte. (Jacqueline)

À l'arrière de la maison, il y a un jardin qui appartient à tous les locataires avec quelques fleurs. C'est gai parce qu'il y a une certaine perspective de vue. C'est plus gai à regarder. J'aime m'asseoir dans le jardin quand il fait beau et bavarder avec des amis quand il fait bon l'été. [...] C'est la Ville qui a aménagé le jardin et qui l'entretient. (Gérard)

En deuxième point, la verdure dont parlent les personnes et dont elles disposent autour d'elles apparaît entre autres sur le rebord d'une fenêtre sous la forme de fleurs dans une jardinière ou bien dans la rue de la Samaritaine avec quelques arbres plantés par la Ville. Il s'agit alors d'une nature aménagée, vue sur le modèle de l'ornementation ou de l'esthétique de l'urbain par le végétal. Elle est perçue par le sens de la vue et de l'odorat : « Il y a quelques arbres... c'est joli », « Les feuilles donnent une bonne odeur ».

Dans la rue, il y a juste quelques petits arbres avec un carré autour. C'est joli. Mais seulement, ce n'est pas bien entretenu. [...] Les arbres appartiennent à la Ville. Ils ne sont pas à nous. Mais, on vit dans la rue avec les arbres. (Ginette)

Les quelques arbres dans la rue, c'est beau. Les feuilles donnent aussi une bonne odeur. Mais, il n'y en a pas beaucoup... (Louis)

J'aime bien les fleurs et les plantes. J'en mets à mes fenêtres. Je trouve cela joli. (Mariette)

Cette conception du végétal semble également aller de pair avec une gestion que nous pourrions qualifier de « jardin-kleenex », consistant à remplacer et jeter les végétaux dès que leur apparence ne satisfait plus l'esthétique du moment présent.

On devrait enlever ces espèces de vieilles plantations d'arbres qu'ils ont mises avec des copeaux de bois dans la rue, et qui sont toujours dégueulasses. Je mettrais dans la rue plutôt de vrais arbres pour que ce soit plus beau. (Nicole)

Dans la rue, il y a juste quelques petits arbres avec un carré autour. Mais seulement, ce n'est pas bien entretenu non plus. C'est toujours sale autour des arbres. La Ville devrait les changer. (Ginette)

Aussi, cette interpénétration de la ville et de la nature (comme la présence d'arbres) fait apparaître une réalité majeure chez un de nos répondants : celle d'un « vide ». L'absence d'arbre peut constituer un vide. Dans la ville, ce vide serait le signe d'une

sorte d'inachèvement ou d'erreur dans l'aménagement d'un territoire. Il est synonyme d'absence de quelque chose. Le bâti deviendrait alors la seule source de la composition urbaine.

Je vais te dire que si tu n'as pas les arbres, tu n'as pas de vie. Par exemple, si tu dois habiter quelque part et qu'il n'y a pas de trucs verts ou un petit jardin, c'est comme s'il y avait un vide. Mais, on a mis ici des arbres dans la rue pour que ce ne soit pas vide. (Louis)

De manière générale, les personnes interviewées ont des représentations positives du végétal. Seulement, on observe que plusieurs d'entre elles nous signalent également ne pas savoir comment s'occuper de manière optimale des plantes.

Moi, je n'ai pas la main verte. Je n'ai d'ailleurs pas de plante dans mon appartement, non plus. J'aime bien les fleurs. J'aime bien les plantes et tout. Mais, je ne sais rien garder. [...] Il n'y a pas de fleurs dans le quartier. À part quelques habitants qui mettent des petites fleurs. Je dois dire qu'il n'y a rien dans le quartier. (Nicole)

Je n'ai pas de plante. Cela m'ennuierait. Cela m'ennuierait parce que je n'ai pas les mains vertes. Je dirais au voisin de s'en occuper. Avec moi, il n'y aurait rien qui pousse. (Jean)

Si nous avons mentionné plus haut que la végétation donne de bonnes odeurs, elle contribue aussi à la qualité de l'air.

Je trouve que d'avoir des arbres cela aide quand même à respirer. C'est bon pour l'environnement. La verdure en général, c'est bon pour l'environnement. (Jean)

Je vais te dire... S'il y avait plus d'espaces avec des arbres, on respirerait mieux. (Louis)

L'étude des représentations de l'environnement « nature » montre que les personnes font aussi référence à quelques animaux. En dehors des animaux domestiques, ce sont les chats errants et les pigeons qui sont mentionnés spontanément dans le discours de quelques-uns de nos répondants. Les éléments du discours montrent que ces animaux sont perçus comme un désordre, inspirant un malaise public. Ils sont perçus dans le quartier comme des éléments nuisibles. C'est surtout la malpropreté engendrée par le

nourrissage de ces animaux qui est évoquée. Comme nous le verrons au point 5.7.3 de ce chapitre, un aspect sanitaire est aussi présent dans le discours des personnes.

Aussi, il y a les pigeons par exemple. [...] Les gens nourrissent les pigeons. Un pigeon est vite habitué. Vous donnez une fois à manger et voilà, il revient. Les gens jettent par la fenêtre de la nourriture comme des morceaux de pommes de terre et un peu toute sorte de choses et donc il y a de plus en plus de pigeons. Il faut savoir aussi qu'avec les pigeons, il y a les souris. Un pigeon est là et les souris arrivent. Ça, c'est tout le temps comme ça. (Nicole)

Il y a des gens qui jettent souvent du pain et tout pour les oiseaux par la fenêtre. C'est pour cela que maintenant, on a eu un papier de la Ville comme quoi on ne peut plus nourrir les pigeons, car il y en a trop. (Monique)

Il y a assez bien de chats errants aussi. Il y a des chats abandonnés. En fait ici, il y a des personnes qui mettent de la nourriture [pour les chats] le matin dans la rue. Ce n'est vraiment pas propre. Et pourtant, c'est interdit dans le quartier. (Nicole)

Il y a une dizaine ou une quinzaine de chats errants dans la rue. Ce n'est pas très gai, quoi. Alors, il y a des gens qui donnent à manger ici et donc ils sont habitués. Il reste donc dans le quartier. Ils [les employés de la Ville] sont déjà venus, il y a deux ou trois ans, en attraper une dizaine. (Jacqueline)

En résumé, nous pouvons constater que cette représentation de l'environnement « nature » chez les personnes rencontrées lors de nos entrevues dans le quartier de la Samaritaine reste relativement peu élaborée. Elle s'exprime surtout par un manque de végétation : arbres et fleurs. Ce manque est justifié dans le discours de nos répondants par la configuration des lieux tels que les rues étroites, le manque de place disponible et la nécessité de maintenir des emplacements de stationnement pour les voitures. Cette végétation est d'ordre ornemental. Elle améliore aussi la qualité de l'air. L'environnement « nature » s'exprime aussi en parlant des animaux dans le quartier. C'est surtout les côtés envahissant et désagréable – mais aussi comme nous l'expliquerons plus loin dans ce chapitre, les craintes en matière de santé publique - qui sont mis de l'avant par nos répondants.

5.5.2.3 L'environnement « espace de vie public »

Le terme d'espace public renvoie à des formes urbaines ouvertes et accessibles à toutes les personnes telles que les rues du quartier ou encore le parc de la Porte Rouge. Il est alors de plus en plus associé à la notion d'environnement (Haubold, 1997). Cet environnement qualifié d'« espace de vie public » est directement lié à des lieux ouverts qui créent du lien social et réactive une certaine urbanité. Celui-ci englobe donc tous les équipements et aménagements qui peuvent être utilisés par la collectivité (Fischer, 1997) tels que les bancs, les cabines téléphoniques. Ceux-ci sont rares et même inexistants dans les quelques rues du quartier.

Cet espace de vie public repose dans un premier temps sur des critères fonctionnels considérés comme répondants aux besoins de ses usagers. Son organisation agit ainsi d'une certaine façon sur les conduites environnementales et les relations sociales. C'est ainsi que le souhait de bancs notamment dans la rue de la Samaritaine et dans la rue des Temples pour socialiser et se reposer est mentionné par quelques personnes lors de nos entretiens. L'espace de vie public est ainsi abordé par les personnes comme pouvant renforcer les relations entre les résidents du quartier, briser la solitude, induire des perceptions positives.

On devrait mettre des bancs dans la rue. Il n'y a pas de bancs. Moi, je mettrais des bancs parce que moi j'aime bien ma rue et plutôt qu'on reste debout... Vous savez en été, on est des fois deux, puis trois, puis quatre à discuter comme ça le soir. Mais, il n'y a rien pour s'asseoir. Non, il n'y a rien. (Nicole)

Si je prends la rue du Temple quand j'arrive en haut, je n'en peu plus. Je suis essoufflée. Mais, je trouve quand même... Ce serait bien de faire comme ailleurs : mettre des bancs et des tables et tout ça. Je pourrais me reposer. [...] Les personnes qui sont toutes seules pourraient aller là l'après-midi et ainsi un peu papoter. Mais, ici, il n'y a pas tout ça. Il faut déjà aller loin pour trouver ça. (Jacqueline)

C'est vrai qu'il n'y a pas de bancs pour s'asseoir, mais il n'y a pas de place non plus pour cela. (Jean)

Un de nos répondants exprime le souhait d'un jardin public avec un espace de jeu dans le quartier. Les idées d'aménagement de cet environnement comme « espace de vie

public » apportent un éclairage intéressant et complémentaire sur la dynamique sociale du quartier. Elles ne peuvent ainsi se réduire à des aspects d'ordre strictement matériel ; elles cachent en arrière-fond une solitude et le souci de stimuler la rencontre entre les personnes du quartier.

Ce serait bien d'avoir un banc pour se reposer et parler avec d'autres personnes. Heu... On pourrait aussi avoir un jardin pour jouer avec des caramboles, avec des boules... (Louis)

Quelques personnes nous signalent aussi le manque d'espaces aménagés pour permettre aux enfants de jouer dans le quartier.

Pour les jeunes dans le quartier, il n'y a pas grand-chose. (Nicole)

Pour les enfants, ils ont fait un beau parc sur la Porte Rouge. Mais, je trouve que ce n'est pas assez. C'est tout petit. Je trouve qu'il n'y en a pas assez de place pour les jeunes. (Jacqueline)

Tout l'enjeu est de redonner de la qualité à cet environnement comme « espace de vie public ». Cette préoccupation d'aménagement local, voire micro-local en termes d'amélioration du cadre de vie se heurte cependant à une certaine réalité : le peu de place disponible. L'aménagement de la rue serait selon nos répondants défavorables à la circulation et poserait dès lors aussi un autre problème fondamental dans une ville dense comme Bruxelles, celui de la fluidité et du stationnement automobile. L'installation d'espaces de convivialité pour les habitants du quartier se ferait alors au détriment des usagers de passage comme les commerçants, employés et acheteurs qui viennent stationner leur voiture. Notons que les personnes que nous avons interrogées ne possèdent pas de voiture.

Mais ici, si on n'a pas de bancs [publics], c'est aussi à cause aussi des voitures. Seulement, il faut des voitures. (Jacqueline)

Déjà que les parkings, c'est déjà... Si on met des bancs dans la rue, pour trouver une place pour garer sa voiture, ce sera encore plus difficile. (Jean)

Il faudrait qu'il n'y ait pas des voitures. Mais ça, ce n'est pas possible parce qu'il y a des gens qui ont des voitures et ils doivent se garer. (Ginette)

En arrière des locaux du Comité de la Samaritaine, il existe une petite cour dans laquelle les personnes du quartier peuvent venir s'asseoir et socialiser. L'accès à cette cour n'est cependant possible que durant les ouvertures de la Maison de quartier. Nous savons que plusieurs de nos répondants profitent des belles journées pour s'y retrouver et socialiser. Il nous paraît cependant étonnant qu'aucune des personnes ne nous parle spontanément de cet endroit qui est surtout fréquenté par les usagers des services offerts par le Comité de la Samaritaine : restaurant social, vestiaire, aide sociale. Cet espace est aussi régi par des règles d'usage. À titre d'exemple, une de nos répondantes nous signale qu'elle ne peut se rendre dans cette cour avec son chien.

Cinq maisons dans le quartier (cité Ronsman) partagent aussi une petite cour et un petit jardin. Ces espaces sont cependant réservés aux personnes qui y habitent et partagent le lieu en commun. Il ne s'agit donc pas d'« espaces de vie publics » ouverts et fluides, accessibles à tous.

Dans mon logement, il y a une cour pour les cinq maisons. En fait, c'est pour les habitants des cinq maisons. La cour est pour les habitants, les enfants, et les familles. Voilà... Parce qu'en fait, c'est privé. (Nicole)

La rue comme « espace de vie public » est aussi questionnée par plusieurs de nos répondants. Les trottoirs y sont quasi inexistants et ont tous été mis au même niveau que les rues pouvant mettre en péril la vie des résidents. Cet espace public tend alors à se réduire à la fonction circulatoire automobile, le piéton devient presque incongru. C'est surtout la dimension d'insécurité qui est alors abordée avant la convivialité. Quelques-uns de nos répondants y dénoncent la vitesse excessive à laquelle roulent les voitures sans égard pour les gens à pied. C'est la notion de danger qui est évoquée.

On ne sait presque pas marcher sur les trottoirs. Vous avez vu le tout petit bazar de trottoir qu'il y a, et alors il a des voitures qui arrivent parfois comme des fous. C'est quand même dangereux. (Jacqueline)

Les trottoirs - enfin si on peut parler de trottoirs - ne sont pas très larges et la rue non plus, donc... les voitures prennent les trottoirs. Elles vont sur les trottoirs. Moi par exemple, j'habite une petite impasse. [Les voitures] prennent le trottoir et elles passent devant l'impasse. Si on sort [à ce moment-là], et bien c'est trop tard. (Nicole)

De temps en temps, il y en a un qui vient dans le quartier avec leur voiture et qui roule comme des fous. Tu dois même faire attention pour qu'ils ne t'écrasent pas. Mais, ce ne sont pas ceux qui habitent dans le quartier. Les gens qui habitent ici le quartier n'ont pas de voiture. (Louis)

Certaines personnes sont préoccupées par la crainte de sortir le soir dans les rues du quartier même si la situation paraît s'être fortement améliorée ces dernières années. L'expression de ce sentiment d'insécurité est reliée à des intrusions extérieures dans le quartier.

C'est plus sécuritaire maintenant. Le soir quand je rentre, le quartier est calme. Il n'y a plus de bande de jeunes. Il n'y a pas beaucoup de monde dans la rue, mais il y a moins de danger de se faire agresser qu'avant. Avant, c'était terrible. Il y avait des bandes de jeunes qui traînaient, qui cassaient un petit peu tout. J'ai d'ailleurs failli déménager. (Gérard)

Il faudrait des petites lumières comme des petits lampadaires pour le soir. Ce serait un petit peu [plus sécuritaire]... Il y a des gens qui ne sont pas très à l'aise dans le quartier une fois une certaine heure. (Nicole)

Le soir, je n'aime pas être dans la rue. Je n'aime pas traîner en rue le soir après six heures. Habituellement, je suis à la maison avant six heures maximum. (Jean)

L'espace de vie public devrait idéalement améliorer le cadre de vie des résidents. Les personnes rencontrées lors de nos entrevues individuelles nous parlent essentiellement des rues du quartier. C'est surtout le manque d'équipements publics ainsi que l'usage de la rue presque exclusivement réservée aux voitures qui est le plus souvent évoqué. Dans leurs discours, nos répondants mettent de l'avant l'importance de créer des endroits de socialisation où les personnes pourraient se retrouver en dehors de lieux communautaires. La représentation de l'environnement comme « espace de vie public » dès lors à la fois des caractéristiques matérielles et fonctionnelles qui répondent surtout aux souhaits et besoins des personnes directement concernées.

Cet environnement « espace de vie public » est aussi directement associé à l'environnement « problème » en ce qui concerne la (mal)propreté ou encore le bruit, à l'environnement « nature » quand les personnes nous parlent de l'usage du parc de la

Porte Rouge, ainsi qu'à l'environnement « décor » quand la « muséification » des rues du quartier influence son usage fonctionnel et social.

5.5.2.4 L'environnement « décor »

L'environnement est aussi perçu par plusieurs de nos répondants comme un décor. C'est surtout le caractère historique des lieux qui est mis de l'avant comme les vieilles maisons ou les vestiges d'anciens bâtiments. Nous avons déjà abordé ce point précédemment en relevant la fierté de résider dans un endroit décrit dans plusieurs guides touristiques. Certaines réalisations menées par les habitants sont aussi intégrées dans ce décor : « On vient voir les vieilles maisons et les fresques des enfants ». La notion de décor est surtout liée à la richesse du patrimoine qui transporte les visiteurs au cœur du Moyen-Âge ; elle est valorisée par le tourisme.

Les touristes viennent parce que la rue de la Samaritaine, c'est vraiment quelque chose à voir. On vient voir les vieilles maisons, les fresques des enfants. Il y a une grande fresque dans le quartier. Les touristes viennent et ils photographient. Vous voyez, il y a des choses à voir dans le quartier. (Nicole)

C'est un quartier touristique ici ! Les week-ends et l'été, ce ne sont que des groupes avec des - comment on appelle ça - des gens qui expliquent. Comme ici par exemple, c'est un ancien « château ». C'était l'entrée du « château ». Il y a les arcades ici. Vous voyez... Cela a été classé et on ne peut pas bouger ça. Et donc, il y a des touristes qui viennent avec des historiens qui expliquent tout ça. C'est vraiment bien. (Jacqueline)

Cet environnement décor s'appuie dans un premier temps presque exclusivement sur les bâtiments et l'histoire du lieu.

Dans une moindre mesure, dans un second temps, quelques personnes font référence à des éléments d'horticulture dans cette catégorie représentationnelle de l'environnement « décor ». Leur discours s'inscrit dans une perspective d'embellissement comme l'installation de jardinières avec des fleurs aux fenêtres des maisons et renvoie à une dimension de valorisation et d'appréciation : « C'est joli », « Le quartier est plus beau ».

J'ai mis des fleurs pour que cela soit joli dans le quartier. Cela fait beau. On regarde la rue et on voit de belles plantes. C'est joli. Mais, il n'y a pas assez de

fleurs dans le quartier. Moi, je trouve que le quartier est plus beau. Ça devrait être toute la rue comme ça. Ce serait magnifique. (Ginette)

Il n'y a pas beaucoup de monde qui met des fleurs au balcon. Ici, il n'y a que moi. Pourtant, je trouve cela très joli. C'est très joli quand tu regardes de la rue. (Monique)

Je verrais bien des fleurs dans le quartier. Oui... Parce qu'à part dans l'ensemble trois maisons, ce n'est pas fleuri. Ce serait plus joli. Le quartier serait plus beau à voir. (Nicole)

Cet environnement « décor » fait référence à ce qui est aux alentours, au cadre dans lequel les personnes vivent. C'est la dimension historique du lieu, comme une sorte de scène de théâtre, qui est priorisée. Les éléments écologiques sont mentionnés dans un second temps.

5.5.2.5 L'environnement « déterminant de la santé »

Tout comme dans notre étude de cas précédente, les personnes rencontrées lors de nos entrevues reconnaissent que l'environnement joue un rôle sur la santé : il la détermine. L'environnement peut agir de manière négative lorsqu'il favorise la maladie ou porte atteinte au bien-être. C'est surtout la représentation de l'environnement « problème » qui est alors évoquée par nos répondants. À titre d'exemple, nos participants établissent un lien causal entre les problèmes respiratoires et la pollution dans le quartier ou l'humidité dans leur logement. L'existence de telles relations significatives est d'ailleurs confirmée par plusieurs études concernant entre autres la prévalence et l'incidence de l'asthme (Institut canadien d'information sur la santé, 2011 ; Fischer et Dodeler, 2009 ; Institut national de santé publique du Québec, 2002 ; Hwang, 1999 ; Thoracic Society, 1996).

L'environnement peut également agir de façon positive s'il permet aux personnes de se maintenir en bonne santé ou de retrouver un état de santé satisfaisante. À titre d'exemple, soulignons ici l'importance des liens sociaux vécus et/ou perçus comme source de bien-être pour les personnes interviewées.

Comme pour le quartier Pointe-Saint-Charles, l'environnement en tant que « déterminant de la santé » traverse les autres catégories de représentation. Nous le préciserons au point 5.7 de chapitre.

5.5.3 Les conduites environnementales

Tout comme pour le quartier Pointe-Saint-Charles, nous avons catégorisé les conduites environnementales⁷⁵ en trois types : (1) les conduites responsables de soi et des autres, (2) les conduites responsables à l'échelle du quartier, (3) les conduites responsables à l'échelle globale.

Les personnes interviewées dans le quartier de la Samaritaine mentionnent spontanément très peu d'habitudes, de comportements et d'agissements en matière d'environnement. Elles démontrent une certaine passivité et une déresponsabilisation, laissant l'entretien du quartier aux employés de la Ville.

Les conduites responsables de soi et des autres concernent l'implication des personnes dans la vie du quartier. Nous avons signalé plutôt que nos répondants semblent globalement peu s'investir. Une minorité d'entre eux participent à des réunions organisées par le Comité de la Samaritaine et, ou s'engagent dans différentes actions locales. Certaines de ces rencontres ont une visée d'éducation socio-sanitaire. Elles ont pour objectif premier de sensibiliser les personnes à la tenue de leur logement et à améliorer les conditions d'hygiène et la santé des personnes. D'autres rencontres ont pour objet un échange autour de problématiques spécifiques dans le quartier comme la propreté. Elles débouchent sur des campagnes de sensibilisation menées par le Comité de la Samaritaine. Mais comme nous l'avons vu précédemment (point 5.5.1.3), nos répondants sont cependant peu nombreux à mentionner de tels agissements.

Dans le quartier, les gens s'éduquent probablement. Il y a quand même des campagnes qui sont faites par la maison du quartier entre autres. (Jean)

⁷⁵ Voir note de bas de page n° 40, page 181

Précédemment, nous avons aussi rapporté que quelques-unes des personnes interrogées font des activités bénévoles. C'est surtout l'aspect occupationnel qui caractérise cet engagement : la distribution de prospectus, la tenue du vestiaire, l'aide occasionnelle à la cuisine. Ce sont pour la plupart des activités ponctuelles de nature sociale et communautaire qui ont été décrites par nos répondants.

Rappelons aussi que quelques personnes nous ont parlé de l'entraide entre les gens dans le quartier.

J'ai la clé du voisin qui habite en bas de chez moi. J'ai sa clé parce que je m'occupe parfois de son chat. Et des fois, quand moi je suis malade, il vient voir si cela va. Il vient me demander si je n'ai pas besoin de commissions et des choses comme ça. (Monique)

Les conduites responsables à l'échelle du quartier regroupent l'ensemble des gestes qui visent à assurer la qualité du cadre de vie et éviter toute détérioration inutile de l'environnement. Nous avons observé que la propreté dans les rues du quartier était une préoccupation importante pour la majorité des personnes. Le Comité de la Samaritaine sensibilise les résidents et organise annuellement une journée propreté.

Comme nous l'avons énoncé auparavant, plusieurs comportements inciviques en matière de propreté sont observés. Mais quelques personnes ramassent leurs déchets pour les mettre dans les poubelles publiques.

Moi, j'ai toujours vécu dans la propreté. S'il faut jeter quelque chose, il y a des poubelles pour cela. Il suffit de mettre dans un sac et de le mettre ensuite à la poubelle. C'est simple à faire. Moi je le fais (Ginette)

Plusieurs de nos répondants ont pris l'habitude de ramasser les déjections de leur chien.

Moi j'ai un chien. J'ai un sac en plastique tout le temps avec moi. Et ça, beaucoup d'habitants ici le font. (Nicole)

Je sors toujours avec des sacs dans sa poche. Je sors le chien et je ramasse. Ce qui est normal, il faut respecter les gens. (Jacqueline)

Certaines conduites environnementales sont aussi dictées par des contraintes contextuelles et économiques. C'est le cas en matière de recyclage dont les procédures

ne semblent pas adaptées à la réalité locale. De nombreuses personnes ne recyclent pas et jettent leurs déchets dans les poubelles publiques du quartier ; certaines semblent au contraire avoir intégré ce comportement dans leur quotidien.

La propreté, je dois dire, reste un problème. Le Service social nous a expliqué ce que l'on pouvait faire ou ne pas faire avec les sacs plastiques [recyclage]. Mais, il y a des gens qui ne le font pas. (Louis)

Moi, je mets mes journaux dans un sac jaune, je mets dans un sac bleu, je mets dans un sac blanc. Mais ici, il y a encore beaucoup de gens qui ne le font pas. Pour eux, une poubelle c'est une poubelle et c'est tout. (Jacqueline)

Nous constatons également une déresponsabilisation de la plupart des personnes interviewées concernant la propreté dans les rues. Elles s'en remettent aux employés de la Ville.

Il en est de même pour les quelques personnes des logements sociaux qui ont accès à un jardin partagé avec d'autres locataires. Elles ne s'investissent pas dans l'aménagement et dans l'entretien de cet espace.

Je pourrais encore dire que dans ma cour il y a des roses. Il y a aussi quelques petits arbustes. C'est bien quand les ouvriers la nettoient. Mais bon... Il n'y a pas grand-chose. (Véronique)

Les conduites responsables à l'échelle globale dépassent le cadre du territoire vécu. Elles sont inexistantes dans le discours des personnes interviewées. Sans doute que d'autres questions plus spécifiques dans notre guide d'entretien auraient pu amener quelques pistes. Mais, rappelons que notre recherche faisait référence prioritairement à l'environnement de proximité.

5.5.4 Le logement

Au cours de nos entrevues individuelles, nous nous sommes aussi interrogés sur le logement comme environnement particulier, comme point central de la vie quotidienne des personnes. Nous avons identifié les principaux éléments du discours qui concernent

les aspects physiques du logement, comme sa qualité et sa taille convenable, son confort, mais également les difficultés d'accès à un logement, son abordabilité ainsi que les liens avec la santé de ses occupants. Chacun de nos répondants a de son logement un ensemble de représentation.

La première précision qui s'impose est de signaler que la majorité des personnes interviewées occupent un logement social ; une seule de nos répondantes occupe un logement privé et une autre habite dans un logement géré par l'Union des locataires des Marolles⁷⁶. Le « choix » de l'habitat est essentiellement dicté par des contraintes financières. Nous pouvons donc dire que les personnes interviewées partagent un même statut social résidentiel. Le second point à constater est la proportion importante de personnes rencontrées lors de nos entrevues qui vivent seules (sept sur dix).

La plupart des personnes interviewées ont commencé à nous parler de leur logement en faisant une description souvent détaillée des différentes pièces et de leurs usages. Elles parlent de commodités telles que les équipements sanitaires et, ou le chauffage central. C'est sans doute l'expression d'une certaine impression de confort acquis au cours des quelque vingt dernières années et que certains de nos répondants n'ont pas connue dans leur(s) logement(s) précédent(s). Lorsque les personnes nous décrivent leur logement en fonction du nombre de pièces, c'est la question de l'intimité qui est la plus souvent mise de l'avant. À l'inverse, comme nous le verrons un peu plus loin, lorsqu'elles s'intéressent à la surface habitable, c'est plutôt l'espace pour y entreposer ses affaires et y pratiquer dans l'aisance les activités de la vie courante qui paraît alors privilégié (Minodier, 2006, cité par Bigot et Hoibian, 2009).

J'occupe un studio où j'ai une douche avec une toilette et un lavabo avec une porte fermée. J'ai une grande pièce. J'ai un coin-cuisine. J'ai le chauffage central. J'ai une petite cave avec une porte qui ferme à clé. Mon logement est très agréable. Je suis très bien dedans. C'est important de se sentir bien chez soi. Je n'ai pas de problèmes particuliers. (Gérard)

⁷⁶ L'Union des locataires des Marolles est une association sans but lucratif qui aide entre autres les personnes à trouver un logement. Elle a entrepris plusieurs opérations de rénovation d'immeubles vides et insalubres appartenant à des propriétaires privés ou publics qu'elle sous-loue ensuite à ses membres (23 logements actuellement). Ses logements sont complémentaires aux logements sociaux qui sont saturés de demandes.

Moi, j'ai un logement ou j'ai une cuisine. Avant, je n'avais pas de cuisine. J'ai un petit corridor. Dans ce petit corridor, j'ai une salle de bains. Cela veut dire une douche debout. J'ai mon wc. J'ai aussi ma chambre à coucher qui donne sur la cour du restaurant la Sama et qui est séparée des autres pièces. Ça, c'est bien. Je suis chez moi. (Louis⁷⁷)

Les questions de l'abordabilité et, ou des dépenses de logement constituent les éléments premiers dans le discours des personnes. Le faible coût du loyer est un des principaux éléments d'appréciation : « Mon logement est bien parce qu'il n'est pas cher ».

Pour moi, le prix de mon logement n'est pas cher. J'occupe un logement de la Ville. Je ne paye que 186 € par mois. Le chauffage et l'eau sont compris dedans. (Gérard)

Mon logement est bien parce qu'il n'est pas cher. Ça, c'est avantageux aussi. Je ne paye pas cher. (Ginette)

Moi, je paye seulement 120 € par mois pour mon logement. Je paye à la Ville. J'ai tout. J'ai la salle de bain. J'ai de l'eau chaude et de l'eau froide. (Pierre)

Mais accéder à un tel logement ne met pas toujours à l'abri des problèmes. Certaines personnes signalent quand même des difficultés de paiement en matière de logement, difficultés accrues par des remboursements de retards dans les loyers, par des dépenses connexes élevées telles que le chauffage. Le « reste à vivre » après avoir payé toutes les charges de logement en est alors fortement réduit.

Moi, j'ai eu un problème. Je n'ai pas pu payer le loyer pendant trois ou quatre mois. Et maintenant au tribunal, ils m'ont demandé de payer un loyer, plus un loyer. Le mois passé, j'ai payé un loyer, plus un demi-loyer parce que je n'avais pas assez pour payer [l'équivalent de] deux loyers. Sinon, il ne me reste plus grand-chose. [...] Mais, cela peut arriver à tout le monde de ne pas savoir payer son loyer. (Véronique)

Il y a des loyers qui sont ici vraiment chers pour ce qu'on a. C'est mon cas ici, sur la Samaritaine, dans les petites maisons [logements sociaux] de la cité Ronsmans. Il n'y a que du chauffage électrique. On a une cheminée donc on peut mettre un feu au charbon. Mais avec le charbon, si l'on veut avoir bien chaud, il faut compter au moins 100 € par mois. Donc, cela me fait quand même un loyer à presque 500 €. Pour le quartier, je trouve cela quand même très cher. (Nicole)

⁷⁷ Louis nous parle de sa cuisine. Pourtant, il va manger quotidiennement au restaurant social et signale ne jamais cuisiner.

La seule personne interviewée qui loue un appartement dans le parc privé aimerait déménager dans un autre logement dans le quartier. Mais le coût élevé des loyers, en dehors des logements sociaux, constitue un réel obstacle.

Je paie 330 € de loyer [...] C'est insalubre. La maison est insalubre [...] J'ai cherché partout un autre logement. Mais, les prix des loyers sont de 500 € ou 600 €, et moi je ne peux pas donner ça. Je ne touche que 738 € par mois, pour moi et mon mari. Qu'est-ce que je fais après si je n'ai plus rien ? Ce n'est pas beaucoup. Qu'est-ce que vous voulez faire avec cela ? (Mariette)

En dehors d'une seule exception, les personnes estiment que la taille et la configuration de leur logement sont adéquates. Cette conviction quasi générale, est associée au confort et à la qualité du cadre de vie, c'est-à-dire à ce qui contribue au bien-être et à la commodité de la vie matérielle : « J'ai de l'espace pour mes affaires ». Deux personnes portent attention à l'importance d'avoir une cuisine séparée des autres pièces.

Regarde, moi j'ai un grand logement. J'ai suffisamment d'espace ici pour mes affaires. Je suis très content de mon logement. Ça oui. (Pierre)

Mon logement n'est pas grand. Mais, c'est vraiment bien pour nous deux. C'est juste ce qu'il nous faut... J'ai tout maintenant. J'ai assez de place... et j'ai la cuisine à part. Je ferme la porte et je suis tranquille. Sinon, vous faites des frites ou des histoires comme ça et cela sent toute la journée. (Jacqueline)

Je voudrais une chambre à part. Je me trouve à l'étroit ici. Quand je me fais à manger, il y a toutes les odeurs. Et, je dors là-dedans. D'un côté, j'ai mon coin pour dormir et de l'autre côté j'ai mon salon et ma salle à manger. Tout est dans la même pièce. Je préférerais avoir une chambre à part. Cela serait plus confortable. Je serais moins [serrée] dans mes choses. (Ginette)

Si la plupart de nos répondants se déclarent *a priori* satisfaits de leur logement, une certaine ambivalence apparente persiste dans leur discours. Notre analyse de données indique que plusieurs personnes dans le quartier sont ou ont été « mal logées » au regard des conditions de confort ; ce qui dans quelques cas les expose à des risques sanitaires. Rappelons-nous que lors de nos entrevues, plusieurs questions portaient entre autres sur l'état du logement. Les principaux facteurs perçus comme nuisibles par les personnes interviewées sont prioritairement l'humidité et les moisissures, ensuite le bruit et la poussière. Quelques difficultés de voisinages sont aussi signalées. D'ailleurs, selon une étude belge menée par Defeyt (2006), les locataires des logements sociaux

souffrent de manière fréquente des problèmes suivant : bruits extérieurs, manque d'intimité dans le logement et manque d'intimité par rapport aux voisins.

Signalés par plusieurs personnes, les problèmes d'humidité viennent très nettement en tête et constituent un type de difficulté à part entière. Il s'agit avant tout de l'humidité d'infiltration qui a pour conséquence le développement de moisissures et de bactéries au sein des matériaux, accompagnés de l'émission de substances malodorantes et irritantes. Dans quelques cas, les médecins de l'Antenne médicale ont joué un rôle significatif auprès des personnes à risque ainsi qu'un rôle actif dans le quartier pour tenter de faciliter le déménagement dans un logement de transit ou dans un autre logement social disponible dans le quartier. Signalons que des études dans la littérature ont examiné le lien entre la présence d'humidité et, ou de moisissure dans le logement et l'incidence des affections respiratoires. Il semblerait que les individus les plus pauvres sont plus susceptibles d'être malades, l'humidité et les moisissures aggravant les conditions de santé préexistantes (Hoffman, 2001 : Hwang, 1999). Aussi selon Kesteloot et Wayens (2006), c'est dans le centre historique de la ville de Bruxelles et certains quartiers sociaux que les problèmes d'humidité ont le plus de chances de survenir. Géographiquement dans le quartier, ce sont surtout les logements situés entre la rue de la Samaritaine et la rue Haute qui paraissent concernés.

Il y a beaucoup de problèmes d'humidité dans le quartier. (Louis)

Moi, je suis dans un logement de transit. Mais, je ne veux pas revenir dans mon logement. [...] Dans mon logement, l'humidité est vraiment le gros problème. Il commence à y avoir des moisissures dans mon logement. J'ai quand même presque un mètre d'humidité du sol. Donc, quand on rentre chez moi cela sent le moisi... [...] J'ai aussi beaucoup de petites mouches d'humidité. Plein de petites mouchettes. C'est le docteur qui m'a dit que c'était des mouchettes d'humidité. (Nicole)

Dans la rue [de la Samaritaine], j'habitais ici au-dessus du cabinet médical. Mais, j'ai dû déménager à cause de l'humidité dans le logement. Il y avait plein d'humidité. Tout le mur était rongé par l'humidité. [...] J'avais le chauffage au gaz là-haut. Même en chauffant, cela ne séchait rien du tout [...] Quand le technicien de la Ville est venu dans le logement, il a piqué dans les murs avec un appareil pour mesurer l'humidité. Il m'a dit que si l'appareil indique plus de quinze, il y a des problèmes d'humidité. L'appareil indiquait même quatre vingts. Et c'était humide comme ça toute l'année dans le logement. J'ai dû déménager et maintenant, j'habite depuis peu dans la maison juste en face. (Jean)

Pour plusieurs personnes rencontrées lors de nos entrevues, les maisons se trouvent implantées dans un terrain humide, à l'intérieur d'une nappe phréatique ou d'un ancien marais. L'humidité pénètre alors dans les murs par capillarité et remonte à l'intérieur de ceux-ci. Nous observons aussi que les espaces autour des maisons permettent difficilement l'évaporation de cette eau : trottoir, rue, cour ; ce qui tend à amplifier le problème.

En fait, toutes les maisons ici sont au-dessus d'une nappe d'eau. (Nicole)

Les petites maisons ont été construites plus tard. Mais, il y a beaucoup de problèmes d'humidité. Elles ont été bâties sur un marais. On est sur une nappe phréatique. Les gens qui habitent dans les petites maisons sont plus bas et sont en plein dessus. Tout le quartier, c'était un marécage. C'est pour cela qu'il y a beaucoup de problèmes d'humidité. Tout ce côté-ci de la rue est atteint, alors que de l'autre côté il n'y a pas de problème. C'est vraiment de ce côté-ci. Je ne sais pas bien pourquoi. (Jean)

Vous devriez venir voir l'humidité [dans le local du] vestiaire. C'est inimaginable comme c'est grave. Je pense que c'est parce qu'ils n'ont pas bien dragué [asséchés] - je ne sais pas si c'est comme ça qu'on appelle ça - l'eau des marais, car c'étaient des anciens marais ici. (Jacqueline)

La seule de nos répondantes occupant un logement privé, cumule un ensemble de problèmes dans son logement : toit percé, humidité, moisissures et champignons, fenêtres qui ne ferment plus, absence de chauffage central, etc. Le bâtiment présente de graves dangers : obsolescence du bâti, dégradations, malfaçons. Nous noterons que lors de l'entrevue, il a fallu la rassurer sur l'usage des informations recueillies. En effet, l'insalubrité de son logement pourrait entraîner la fermeture immédiate des lieux par les autorités sanitaires. Elle se retrouverait alors à la rue avec toutes ses affaires, sans aucune autre alternative⁷⁸.

[L'assistante sociale] à des photos de mon logement qu'elle a faites. Il pleut chez moi... Une chose... Il pleut dans la chambre de mon fils. Il pleut dans ma cuisine. J'emploie des bonbonnes de gaz pour manger. Il pleut sur le palier. Et alors, il y a des odeurs qui remontent. J'habite au quatrième, sous le toit. [...] Il pleut... Il pleut.... Alors, on met des bassines. On n'a pas le choix. Quand je suis venue

⁷⁸ [Janvier 2011] Cette personne n'ayant pu obtenir un logement social malgré les nombreuses démarches entreprises entre autres par les travailleuses sociales et les médecins de l'Antenne médicale, a finalement déménagé dans une caravane. Un tel exemple pose clairement la question de l'attribution des logements sociaux. D'ailleurs, la liste d'attente des logements sociaux continue à augmenter (Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté, 2009).

habiter là, il y avait des cafards et des souris. J'ai dû tout désinfecter. Maintenant, cela va. Mais avant j'en avais, vous savez. Et en hiver, il faut chauffer là. Oh la la... Une fois le mois de septembre, il fait vraiment froid là-haut. Il faut chauffer jour et nuit avec le poêle au mazout parce qu'on n'a pas le chauffage central. Sinon, il fait froid très vite dans cette maison. Il y a aussi beaucoup d'humidité. [...] Je n'ai que des problèmes dans cette maison. Alors, il y avait aussi les champignons. Oh la la... Alors là, je peux vous dire que sur le mur il y en avait, surtout dans la chambre de mon fils. J'ai dû jeter une garde-robe parce que tout était noirci. Tout le bois de la garde-robe était moisi. Tout le bois était pris et mordu par les champignons. Les matelas... j'ai dû remplacer quatre matelas du lit de mon fils parce qu'il pleut dessus. Son lit est là près de la fenêtre. L'assistante sociale l'a vu. Et là, on a reculé un peu le lit. Mais, je ne sais pas toujours acheter des matelas parce que je n'ai pas les moyens. On a reculé le lit. Mon gamin ne sera pas mouillé. [...] La fenêtre de ma cuisine, elle ne tient plus. On ne sait même plus la fermer en hiver. Elle reste ouverte tout le temps comme ça. J'ai mis un rideau pour le vent et le courant d'air. [Les propriétaires] n'ont jamais rien fait dans cette maison. Nous, on a repeint et on a retapissé avec les moyens qu'on avait. [...] On a remis une nouvelle toilette. Il y avait une toilette, mais les locataires d'avant l'avaient complètement cassée et on se blessait quand on allait à la toilette... Donc mon mari a pris un wc d'occasion. Mais, ils [les propriétaires] ne nous ont pas remboursés. Ils n'ont rien fait les propriétaires. Et on payait chaque fois notre loyer. [...] Mon mari, il voulait faire venir la télévision. Mais, c'est moi qui n'ai pas voulu. Le monsieur de la télévision [...] m'a dit « je vous comprends madame, si après on vous expulse de votre maison ». Il avait dit à mon mari qu'on habitait dans une maison insalubre. Moi, je suis à bout. Cela fait cinq ans que cela dure. Cinq ans que je n'ai que des problèmes dans cette maison et on ne me donne pas un logement social. (Mariette)

Signalons au passage que le pourcentage de personnes habitant en Belgique dans un logement avec un toit percé ou des problèmes d'humidité, de moisissures sur les montants des fenêtres ou sur les sols s'élève à 13 % (Bigot et Hoibian, 2009⁷⁹). Même s'il s'agit d'un des taux les plus bas d'Europe, ce problème concerne davantage les personnes les plus défavorisées (Bigot et Hoibian, 2009). Les logements présentant ce type de problème sont généralement moins coûteux et donc plus accessibles financièrement pour les personnes les plus défavorisées (Hwang, 1999).

Nous remarquerons au passage que quelques personnes interviewées qui occupent les petites maisons sociales de la Cité Ronsmans et celle qui loue un logement privé n'ont

⁷⁹ Exploitation des données statistiques sur le revenu, l'inclusion sociale et les conditions de vie d'Eurostat 2007.

pas de système de chauffage central. Elles doivent alors se chauffer soit avec des radiateurs électriques, au charbon ou avec un poêle au mazout.

À l'heure actuelle, faire encore du chauffage avec du charbon, c'est quand même... Il y a un commerçant qui en vend. Mais, une fois un certain moment il n'en prend plus, et s'il fait encore froid les gens ne savent pas où courir pour aller chercher du charbon. Se chauffer à l'électricité, c'est cher. Ce n'est pas social l'électricité. Vous avez des radiateurs électriques, mais qu'est-ce que cela coûte ! Moi, je payais 5000 francs belges par mois pour l'électricité, et on n'avait pas encore chaud. (Jacqueline)

Je n'ai pas de chauffage central. Avant, j'achetais mon charbon à l'épicerie. Maintenant, je commande ailleurs une demi-tonne de charbon. Ensuite, je me débrouille, quoi. (Véronique)

Le logement est associé à différents types de bruits provenant des personnes elles-mêmes et des appareils électriques, mais il peut également être envahi par l'ambiance sonore extérieure, par exemple le bruit dans la rue. D'ailleurs selon certaines études (Fischer et Dodeler, 2009 ; Defeyt, 2006), le bruit est une nuisance importante pour les habitants des villes. Pour quelques-unes des personnes rencontrées lors de nos entrevues, c'est le bruit nocturne de la rue qui est mentionné comme source de problème. Dans certains logements, la médiocrité de l'isolation acoustique génère une confusion sonore qui banalise le bruit. Mais comme nous l'avons signalé précédemment dans notre section consacrée à l'environnement « problèmes », c'est surtout le bruit de la rue qui est source de problème.

J'entends les gens marcher au-dessus de chez moi. Je les entends aussi quand ils écoutent la télévision. Mais, cela ne me gêne pas trop. Je ne peux rien changer. (Pierre)

Ce n'est pas très bien isolé. On entend quand même si les gens au-dessus vont à la toilette. En haut, elle vit avec son fils. Si c'est son fils qui va faire pipi, je l'entends. C'est différent avec sa mère. On les entend aussi quand ils se parlent. (Monique)

Certains autres petits « tracasseries quotidiens » liés à l'entretien de son logement sont signalés par certains de nos répondants : « Il y a beaucoup de poussière ».

Il y a beaucoup de poussière. Il y a beaucoup plus de poussière qu'ailleurs. Ça, je n'avais pas encore vu. J'ai beau faire tous les jours [le ménage], mais cela revient quand même. (Ginette)

Moi, je dois me chauffer au charbon. Mais, cela ne pose pas vraiment un problème tant que je peux m'approvisionner. Le plus gros problème, c'est que cela fait de la poussière. (Véronique)

D'autres éléments d'inconfort dans les logements sont aussi signalés : le manque de clarté, de chaleur en hiver et, ou de fraîcheur en été.

Dans la cité Ronsmans, c'est du matin au soir la lumière [tu dois t'éclairer] dans le logement parce qu'il fait sombre. Il n'y a pas de soleil. Dans la cour en elle-même oui, mais pas dans les habitations. La lumière dans un appartement joue quand même un rôle très important. (Nicole)

Moi, je n'ai pas de fenêtre sur le côté, ni en arrière. Je ne peux pas faire des courants d'air. C'est pour cela que mon logement est beaucoup trop chaud en été. (Ginette)

Les personnes qui occupent un logement social doivent s'adresser à la Ville si elles ont un problème. Quelques-uns de nos répondants passent par l'assistante sociale qui contacte le service adéquat ; d'autres passent par le « concierge de la rue ».

S'il y a un problème dans mon logement, je dis cela concierge de la rue. Lui, il fait alors un papier pour la Ville. Deux, trois ou quatre jours plus tard, même huit jours après, les ouvriers de la Ville sont ici et viennent voir ce qui se passe. (Louis)

[Les ouvriers de la Ville] devaient changer ma toilette et mon évier. Mais, le concierge de la rue a dit que ça allait comme ça et qu'il fallait juste mettre du produit pour tout détartrer et tout nettoyer. Mais normalement, ce n'était pas convenu comme ça. (Ginette)

L'encadré 11 qui se trouve à la page suivante synthétise les principaux éléments de discours sur le logement des personnes que nous avons rencontrées lors de nos entrevues individuelles et de groupe.

Encadré 11 - Le logement

Logement - le coût

- ↳ Je ne paie pas cher / J'habite dans un logement social.
 - ↳ Les autres coûts comme le chauffage sont élevés.
 - ↳ Mais, je n'ai plus grand-chose - « Reste pour vivre » (difficultés de paiement).
- ↳ Les loyers sont très élevés (logement dans le parc privé).

Logement - la qualité du cadre de vie

- ↳ Mon logement est bien.
 - ↳ Son confort - J'ai tout maintenant.
 - ↳ Sa taille - J'ai un grand logement.
 - ↳ Son organisation intérieure - ma cuisine est séparée.

Logement - l'espace personnel et intime

- ↳ Je me sens chez moi.

Logement - les problèmes

- ↳ Bio-physique
 - ↳ Humidité par infiltration (nappe phréatique, toiture percée)
 - ↳ J'ai de la moisissure et des champignons.
 - ↳ C'est plein de mouchettes.
 - ↳ Cela sent le moisi.
 - ↳ Mon logement est insalubre [un seul cas]
 - ↳ Humidité, fenêtres qui ne ferment plus, murs dégradés...
 - ↳ Poussière
 - ↳ Ma maison est empoussiérée.
- ↳ Cadre de vie
 - ↳ Absence de chauffage central
 - ↳ Je dois me chauffer avec un poêle au mazout / au charbon.
 - ↳ Peu de lumière naturelle
- ↳ Voisinages
 - ↳ Bruit
 - ↳ Manque d'intimité

5.5.5 Synthèse : une typologie des représentations de l'environnement

Le quartier, la rue, le logement sont autant d'espaces porteurs de significations que nous avons investigués lors de nos rencontres individuelles et de groupe avec des personnes du quartier de la Samaritaine. Ces espaces de vie quotidienne ne sont pas neutres et exempts de valeurs. Pour l'analyse des données d'entrevues, nous avons utilisé la même démarche que celle de notre étude de cas précédente.

La dimension sociale et communautaire de l'environnement occupe une place particulièrement importante chez nos répondants. Par ailleurs, ceux-ci déplorent que le quartier de la Samaritaine soit marqué par un ensemble de problématiques environnementales telles que la qualité de l'air et la malpropreté. De nombreux problèmes liés au logement alimentent cette catégorie représentationnelle d'un environnement « problème ». Les autres catégories sont nettement moins présentes. Elles sont exprimées le plus souvent par un manque : manque d'espaces verts, manque d'espaces de convivialité.

Rappelons succinctement que nos six catégories représentationnelles de l'environnement sont les suivantes :

- 1) l'environnement « social et communautaire » : celui de la vie dans le quartier et des rapports sociaux entre les personnes ;
- 2) l'environnement « problème » : celui des nuisances et détériorations dues à l'activité humaine ;
- 3) l'environnement « nature » : celui qui fait référence aux espaces verts, aux parcs, à la végétalisation, mais aussi à la vie animale en ville ;
- 4) l'environnement « espace de vie public », qui fait référence aux lieux partagés collectivement par l'ensemble des résidents du quartier ;
- 5) l'environnement « décor » : celui qui nous entoure et qui est valorisé ; celui qu'il faut embellir ;
- 6) l'environnement « déterminant de la santé », sur lequel nous nous pencherons au point 5.7 de ce chapitre.

La figure 7 présente les éléments principaux de représentations de l'environnement. Tout comme dans nos figures précédentes, chaque catégorie représentationnelle de l'environnement est présentée proportionnellement à la part qu'elle occupe dans le discours des personnes. L'environnement comme « déterminant de la santé » occupe une position transversale.

Les représentations sont reliées à nos manières de voir, de sentir et ressentir, de penser et d'imaginer, d'explorer et pratiquer l'environnement (Moser et Weiss, 2003). Les dimensions cognitive, affective et conative de nos représentations, tout comme nos intérêts sociaux, économiques et environnementaux, jouent un rôle déterminant dans nos interactions avec l'environnement.

Dans cette synthèse, nous pouvons aussi mettre en évidence certains liens avec la santé.

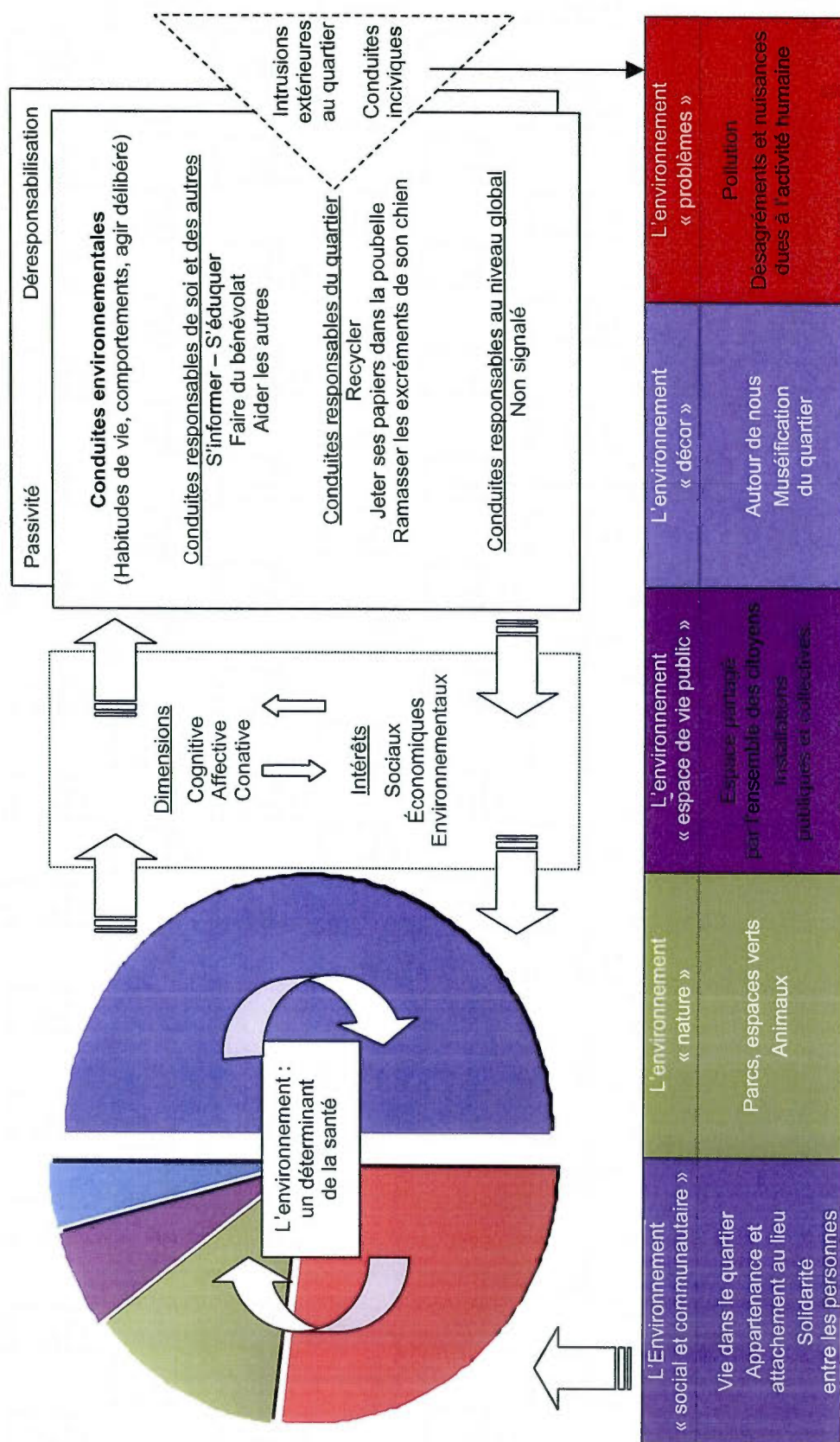


Figure 7 : Les catégories représentationnelles de l'environnement - Quartier de la Samaritaine

5.6 Éléments de représentation de la santé

Dans cette section, nous faisons état des résultats de notre analyse de discours portant sur les croyances, les connaissances et les conduites associées à la santé chez les personnes rencontrées lors de nos entrevues individuelles et de groupe dans le quartier de la Samaritaine. Comme dans notre analyse des données dans le cas du quartier Pointe-Saint-Charles, nous tentons de saisir et de traduire les différentes représentations ou les différents éléments de représentation de la santé construits au quotidien et via le sens profane au sein de cette population. Ces éléments représentationnels témoignent d'une certaine culture de quartier. Nous noterons que de façon générale, le discours concernant la santé chez les personnes rencontrées nous paraît *a priori* diffus et relativement peu approfondi. Par contre, et davantage encore que pour l'exploration des représentations de l'environnement, nos entretiens ont suscité des récits d'histoires de vie où chaque personne exprime à sa singularité, nous permettant ainsi de mieux pénétrer leur univers phénoménologique.

Les dimensions cognitive, affective et de l'agir en matière de santé s'entremêlent, ce qui ne facilite pas la tâche d'analyse. La plupart de nos répondants ne définissent pas précisément ce qu'est la santé. Elle est du domaine du « constat ». Les personnes interrogées insistent plutôt sur ce que la santé permet de faire ou de continuer à faire et la décrivent principalement à partir de (leurs) conduites de santé. À titre d'exemple, pour Gérard, « la santé, c'est... [silence]... ne pas fumer. La santé, c'est cela : c'est vraiment ne pas fumer ». Cette définition est à replacer dans son contexte : Gérard a été hospitalisé pour une obstruction des artères (artériopathie) ; une part très importante de son discours sur la santé tourne constamment autour de son hospitalisation et de sa crainte de devoir retourner à l'hôpital.

D'entrée de jeu, pour quelques-uns de nos répondants, nous pouvons observer que la santé est une entité particulièrement complexe.

Pour moi, la santé c'est très vaste. (Véronique)

La santé, c'est beaucoup. C'est tout. C'est faire attention à soi. (Ginette)

Nous ne nous limiterons certes pas à cette conception englobante qui reflète la complexité du sujet. Nous allons aborder les représentations de la santé en mettant en évidence l'ensemble des éléments vécus et ressentis intérieurement par les personnes interviewées, ainsi que les rapports au quotidien avec leurs corps. Nous prendrons en compte le bien-être physique et psychologique. Nous considérerons qu'il n'y a pas de santé en soi, mais différentes manières de l'envisager, de l'appréhender. Dans les points suivants, nous allons aborder (1) les éléments qui caractérisent la santé et (2) les conduites de santé.

5.6.1 Les éléments qui caractérisent la santé

Dans les discours des personnes, nous avons pu mettre en évidence diverses représentations ou divers éléments de représentation de la santé. Ces manières de concevoir la santé font référence largement au mode de vie des personnes.

Nous présenterons dans les pages suivantes les sept catégories représentationnelles de la santé que nous avons identifiées et nous les illustrerons par quelques extraits du discours des personnes interviewées dans le quartier de la Samaritaine : (1) la santé, pivot de la vie, (2) la santé, comme bien-être ou mal-être physique, (3) la santé, comme bien-être ou mal-être psychologique, (4) la santé, contraire de la maladie ; (5), la santé, tributaire de la qualité de l'environnement, (6) la santé, tributaire des ressources financières et (7) la santé, une affaire personnelle.

5.6.1.1 La santé, pivot de la vie

D'emblée, la santé est vue comme quelque chose de primordial et de très important. Pour plusieurs personnes interrogées, la santé fait référence à la vie et à la qualité de vie. Quelques-unes la considèrent comme le moteur de la vie ; elle permet d'accomplir nos activités quotidiennes. La santé est ainsi associée à la valeur centrale qu'est la vie : la santé c'est important, essentiel, le principal.

La santé, c'est la vie. C'est vraiment ce qui nous fait vivre. C'est ce qui nous donne envie de vivre. [...] Mais, je pense que quand on aime la vie, on s'accroche à la vie. (Véronique)

[La santé,] c'est très important. C'est le principal que nous possédons. La santé, c'est vraiment ce qu'il y a de plus important pour vivre. (Jean)

Ah la santé, c'est très important ! Parce que... La santé, c'est un des facteurs les plus importants de la vie. Quand vous avez la santé, vous pouvez faire plein de choses. (Gérard)

Ça non. Je ne laisse pas ma santé parce que c'est quand même quelque chose qu'on ne peut pas laisser tomber. (Jacqueline)

Ce discours sur la santé montre que celle-ci est capitale. Elle est associée au mode de vie ainsi qu'à l'hygiène de vie. Elle résulterait d'un équilibre entre la prédisposition de chaque personne à vivre en santé et l'environnement dans lequel celle-ci évolue durant sa vie. Cette représentation de la santé comme essence même de la vie touche aussi d'autres aspects de la santé ainsi que certaines conduites destinées à préserver la santé.

La santé, je pense que c'est aussi dans la vie qu'on mène. C'est aussi lié au contexte dans lequel on vit. La santé, c'est vraiment la vie. Mais, c'est aussi lié à la manière dont on vit. (Véronique)

La santé... C'est ce qui nous fait vivre. Pour vivre, il faut avoir un bon équilibre dans sa vie. Par bon équilibre, je veux dire qu'il faut faire bien attention à soi-même. (Gérard)

Une telle représentation de la santé fait référence aux problèmes quotidiens que doivent affronter de manière générale nos répondants qui se situent au bas de l'« échelle sociale » et à l'importance pour ceux-ci de donner un sens profond à la santé. La santé ne peut être envisagée comme une entité indépendante, car elle nous renvoie entre autres aux notions de bien-être physique et psychologique des personnes ainsi qu'à leurs conditions de vie.

5.6.1.2 La santé comme « bien-être » ou « mal-être » physique

La santé est appréhendée par la plupart des personnes rencontrées dans le quartier de

la Samaritaine sous l'angle physique : « Se sentir bien physiquement », « Se porter bien ». La santé se constate.

Être en santé, c'est se sentir bien physiquement. Quand on se sent bien physiquement, on est prêt à faire toutes les activités que l'on veut. (Jean)

La santé, c'est se porter bien. C'est être en pleine forme, quoi. Moi, je me sens bien dans ma peau. Pour moi, c'est cela la santé. (Monique)

La santé serait un état physique - et aussi mental comme nous le verrons au point suivant - exempt de gêne et de souffrance, qui permet à la personne de fonctionner aussi efficacement que possible. L'idée de santé fait ainsi référence à l'image du corps indemne de souffrance et en général, en état de force. C'est la capacité de mouvement sous toutes ses formes sans avoir recours à une aide extérieure quelconque, et sans douleur. Cette liberté de mouvement renvoie à la mobilité spatiale, à la fonctionnalité et donc, à l'autonomie.

La santé pour moi, c'est ne plus avoir mal au dos. Enfin, je veux dire ne pas avoir de douleur. C'est ça avoir la santé. Si je me lève bien le matin, que je n'ai pas mal au dos jusqu'au soir, eh bien, je serais santé. (Nicole)

Je ne suis pas en santé. Moi, je le sens aux pieds. J'ai le dos qui est pris et cela se propage dans les jambes et puis dans les pieds. Quand je marche, cela me fait mal. (Jean)

La santé ? Par exemple... C'est avoir de bonnes jambes, de bonnes mains, une bonne tête. Enfin, c'est avoir tout qui fonctionne bien. C'est cela la santé. C'est ne pas avoir besoin de matériel pour t'aider à te déplacer. Moi, je dois maintenant marcher avec une canne. (Pierre)

Cette vision plutôt fonctionnelle de la santé est perçue comme une ressource pour la vie quotidienne. Elle n'est pas mise en lien avec l'existence d'une éventuelle maladie. Elle correspond moins à un état positif qu'à la nécessité de la maintenir en bon usage. En fait, c'est la capacité à réaliser les actes de la vie quotidienne qui semble être exprimée ici. Cependant, nous noterons au passage qu'aucun de nos répondants ne fait allusion à l'existence d'un lien entre la santé physique et le travail.

5.6.1.3 La santé comme « bien-être » ou « mal-être » psychologique

On sait que la santé fait aussi référence à l'état psychologique et psychique des personnes. De nombreux facteurs influencent ce que nous ressentons et l'évaluation que nous faisons de notre santé. Cependant, nous constatons que cette conception de la santé liée entre autres aux émotions, aux événements de la vie ou encore à la dynamique relationnelle entre les personnes est relativement peu développée dans le discours de nos répondants, tant lors de nos entrevues individuelles que dans les rencontres de groupe. Néanmoins, nous pouvons mettre en évidence trois points distincts et complémentaires.

En premier lieu, la santé dans sa dimension psychologique est présentée comme un enjeu social important qui rejoint la notion d'autonomie et de fonctionnement évoquée dans la catégorie représentationnelle précédente.

La santé, c'est avoir un équilibre psychologique. L'équilibre psychologique, c'est pouvoir travailler régulièrement ; c'est pouvoir s'épanouir ; c'est pas mal de choses... (Gérard)

C'est aussi être épanoui dans ses relations et dans ses activités. La santé est alors celle de l'esprit : c'est être en paix avec soi-même et avec les autres.

Pour moi, la santé, c'est se sentir bien avec soi-même et avec les autres. Voilà... Moi, par exemple je me sens bien. Je suis parfois un peu nerveuse. Mais enfin, je me sens plutôt bien. (Monique)

Cette vision de la santé fait surtout référence à des aspirations personnelles. Un lien pourrait se faire avec la « santé équilibre » définie par Herzlich (2005, 1975) : l'équilibre faisant notamment référence au bien-être psychologique et aux bonnes relations avec autrui. Un tel bien-être est difficile à décrire.

En deuxième lieu, pour certaines personnes, la santé fait prioritairement référence au bonheur et à la satisfaction à l'égard de la vie : « C'est la joie de vivre ». Les personnes accordent de l'importance aux affects positifs. Nous pouvons mettre en évidence une composante cognitivo-évaluative centrée sur le plaisir de faire des activités

satisfaisantes pour soi, une composante émotionnelle comme avoir un bon moral ou comportementale comme être une personne positive⁸⁰.

La santé, c'est aussi la joie de vivre. Cela peut être aussi de faire de son quotidien quelque chose qui n'est pas une routine, de faire des choses sympathiques pour soi-même. (Véronique)

La santé... C'est avoir le bon moral avec tout ça. C'est ne pas être grincheux. Sinon, on s'affaiblit et on a envie de ne plus rien faire. C'est comme ça. (Ginette)

Je n'ai jamais pensé à dire que je ne suis pas bien. Je suis une personne positive. En général, c'est ce que tout le monde me dit. C'est pour cela que moi, je dis que la santé, c'est toujours être positif. (Jacqueline)

Enfin, en troisième lieu, quelques-uns de nos répondants font allusion au stress ou au tracasseries quotidiens. Les personnes en parlent surtout en termes d'incidence sur la santé : « Tu peux devenir malade ». Pour Kanner et coll. (1981, cité par Bruchon-Schweitzer, 2004, p. 147), il existe une relation évidente entre les tracasseries quotidiens tels que l'entretien de son logement ou les dépenses quotidiennes et divers symptômes psychologiques. Nous verrons d'ailleurs dans la partie consacrée aux conduites de santé que plusieurs personnes du quartier de la Samaritaine surmontent leurs difficultés psychiques, notamment leurs angoisses ou leur déprime, en prenant des médicaments, en fumant ou en consommant de l'alcool.

La nervosité fait beaucoup dans la santé. Les petits tracasseries aussi. Tous les petits tracasseries que l'on peut avoir jouent sur ta santé. (Nicole)

Le stress, ça travaille énormément sur la santé. Tu peux en devenir même malade. (Jean)

Tout comme dans notre étude de cas précédente, la santé psychologique fait ainsi référence aux événements de la vie, mais aussi à l'environnement pris dans son sens global. Nous préciserons cela plus loin dans cette section de chapitre.

⁸⁰ Ces trois composantes s'inspirent des travaux de Musschenga (1997, cité par Bruchon-Schweitzer, 2004, p. 58) sur le bonheur.

5.6.1.4 La santé, contraire à la maladie

Comme nous l'avons vu dans le cas du quartier Pointe-Saint-Charles, l'analyse du discours des personnes montre que leur représentation de la santé intègre les deux pôles opposés que sont la santé et la maladie. La santé fait ainsi référence à l'absence de maladie. Nous avons observé précédemment que la santé était identifiée par plusieurs de nos répondants comme l'absence de douleur physique. On rejoint l'idée de la « santé comme un vide ». Une telle conception avait été mise en évidence dans les travaux de Herzlich (2005, 1975), tel que nous l'avons rapporté au chapitre présentant le cadre théorique de cette recherche.

Être en santé, c'est ne pas être malade. (Ginette)

Si la personne est malade, c'est qu'elle n'est pas en santé. Moi, ma santé est très bonne. (Mariette)

[La santé,] c'est ne pas être malade. Cela veut dire par exemple que tu n'as pas de problèmes cardiaques, ni de problèmes d'arthrose, ni de maladies dues au froid, pas de problèmes avec les nerfs, pas de problèmes avec l'alcoolisme. Si tu es malade, tu n'es pas en santé. (Louis)

Cette absence de maladie se concrétise également par l'absence de médicament et/ou l'absence de visite chez le médecin.

La santé ? La santé, c'est qu'on se porte bien, qu'on n'est pas malade ! Voilà... Ça, c'est ça la santé chez moi. On se porte bien quand on ne va pas voir le médecin. (Mariette)

Moi je trouve que si tu prends des médicaments, tu n'es pas en santé. Pour moi, être en santé veut dire que l'on ne prend rien et qu'on ne va pas chez les médecins. (Louis)

Le concept de maladie apparaît complexe. Les personnes interrogées mettent en évidence deux catégories dichotomiques selon la gravité de la maladie. D'une part, elles parlent de « grosses maladies » et cela fait peur. Celles-ci sont les plus souvent porteuses de conséquences dans la vie de tous les jours. La maladie est alors vue comme une régression. Les personnes font ici surtout référence aux conséquences de la maladie sur la vie et sur la durée de celle-ci.

C'est un mot que je n'aime pas, la maladie. C'est un mot qui me fait peur. Quand on parle de maladie, moi je pense aux grosses maladies comme... Ce sont les gens qui sont cardiaques. Ça me fait peur... Ça me fait peur par exemple, les gens qui ont un cancer. (Nicole)

La maladie, c'est ne pas se sentir bien dans sa tête ou dans sa peau. Ce n'est pas gai à vivre quoi. (Gérard)

La maladie... [Silence]... C'est quelque chose que je n'aime pas. Quand on a une grosse maladie, cela met du temps pour guérir. (Ginette)

D'autre part, quelques personnes se représentent les petits ennuis de santé et les maladies anodines comme des « bobos ». C'est le cas entre autres de la grippe, du rhume, mais aussi de certaines blessures comme des entorses. Il n'y aurait donc pas a priori de distinction entre les maladies bénignes et/ou passagères et certains états comme un petit accident ou un incident de la vie quotidienne.

Dans le quartier, il y a beaucoup de gens qui se plaignent de leurs bobos, comme on dit... Un petit bobo comme une entorse à la cheville, un rhume, une grippe et des petits trucs comme ça. (Nicole)

Maintenant, j'ai souvent des petits bobos... des petites choses quoi. Mais, pour moi, je suis en santé parce que je me soigne. Si je ne me soignais pas, là je serais en mauvaise santé. (Jacqueline)

Une telle distinction entre les maladies selon leur gravité n'est pas nouvelle en soi. Elle se fonde sur des indices partiels mal définis. Cette distinction a été mise en évidence notamment dans les travaux de Herzlich (2005, 1975) concernant les représentations sociales de la santé et de la maladie et se retrouve également dans notre étude de cas précédente.

Les causes de la maladie, selon nos répondants, sont très diverses. On peut les catégoriser ainsi : causes psychosociales (« La maladie peut venir du stress ») ; causes comportementales (« la maladie peut aussi être due au tabagisme ») ; causes environnementales (« La maladie peut venir de l'environnement ») ; causes liées à la fatalité, au destin (« C'est le mauvais sort ») ; enfin, causes inconnues (« Je ne sais pas »).

La maladie peut venir du stress. Le stress, ça travaille énormément sur la santé. Ça peut venir aussi de l'habitat s'il y a de l'humidité. Cela peut aussi venir de

l'environnement. Quelqu'un qui habite ici ou quelqu'un qui habite à la campagne, et bien ce ne sera pas la même chose. (Jean)

La maladie, cela peut aussi être... Comme pour moi par exemple avec le tabagisme je m'expose à des problèmes de santé future. Je risque un voile sur les poumons, des problèmes de respiration, une diminution de la longueur de ma vie. (Gérard)

La maladie, c'est parfois une fatalité, même très souvent une fatalité. C'est comme un peu un accident de parcours. (Jean)

La maladie, cela peut être lié au mauvais sort de la vie. (Gérard)

Une maladie doit bien venir de quelque part. Mais, je ne sais pas d'où cela pourrait venir. Je dis que quelqu'un qui est malade, sa santé n'est pas bonne alors. (Mariette)

L'origine des troubles de santé réside pour une large part dans les difficultés sociales que rencontrent les personnes. Le remède à ces troubles résiderait alors avant tout dans la résolution de ces difficultés. Selon Herzlich (1992), la maladie peut donc être rapportée entre autres à des causes d'ordre social. D'ailleurs, pour Susan Sondag (1987, cité par Herzlich, 1992) quand on parle de la maladie, on parle de notre rapport à la société. Rappelons au passage que les médecins de l'Antenne médicale du quartier de la Samaritaine sont souvent confrontés à devoir gérer des problèmes de santé qui sont liés à des difficultés sociales.

La maladie ne se réduit pas seulement à une réalité organique, elle implique aussi certaines conduites de santé pour les personnes. La plupart de nos répondants insistent sur l'importance d'aller voir un médecin si on a un problème de santé et de suivre les conseils prodigués.

[Quand on est malade,] il faut aller au médecin. Les médecins vous donnent de bons conseils. Moi, quand je ne suis vraiment pas bien, je vais toujours chez le médecin. (Mariette)

Moi je suis toujours le conseil des médecins. Il faut bien. Le docteur sait ce qu'il y a, ce qu'on peut faire et ce que l'on ne peut pas faire. Si on ne fait pas ce que le médecin dit, cela peut créer des problèmes plus graves par après. (Ginette)

Quand on est malade, il faut écouter attentivement les conseils des médecins. (Gérard)

J'ai le médecin qui vient régulièrement. Si j'ai un problème de santé, je lui téléphone et elle vient. Enfin... C'est la vie. (Pierre)

Je n'ai pas beaucoup de pouvoir sur ma santé. Je fais ce que les médecins me disent de faire. Et je m'interdis ce qui m'est interdit. À part cela, je ne peux pas faire grand-chose. (Jean)

La santé est ainsi représentée comme contraire de la maladie. Nous avons tenté de saisir ci-dessus la manière dont les personnes interrogées appréhendent la maladie et y réagissent. Nous avons constaté que certaines causes de la maladie énoncées par nos répondants se retrouvaient dans l'environnement tant social et que biophysique. La dimension pragmatique de la santé, entre autres celle des conduites qui lui sont reliées, occupe une place toute particulière dont nous traiterons à nouveau, un peu plus loin.

5.6.1.5 La santé, tributaire de la qualité de l'environnement

Tous nos répondants établissent des relations entre la santé et l'environnement. Tout comme dans notre étude de cas précédente, leur discours tend essentiellement à mettre en évidence l'environnement comme « cause » des problèmes de santé : les nuisances environnementales portent atteinte à la santé. Ce sont surtout la qualité de l'air dans le quartier et l'humidité dans le logement qui sont signalés. La santé est dès lors tributaire de la qualité de l'environnement.

Bien sûr que la santé et l'environnement sont liés. (Jean)

Oh oui. L'environnement joue sur ta santé. Ça, c'est vrai pour tout le monde. Regarde ceux qui habitent près des déchets et tout ça à Forest. Regarde comme ça sent parfois. Oh la la... Et cela n'est pas bon pour la santé. Ici, ce sont surtout les voitures et tout ça. (Jacqueline)

Plus loin, au point 5.7 de ce chapitre, nous préciserons les divers liens entre la santé et l'environnement tels qu'ils ont été mentionnés par les personnes que nous avons rencontrées lors de nos entrevues individuelles et de groupe.

5.6.1.6 La santé, tributaire des ressources financières

Les ressources financières influencent tous les aspects de notre vie, dont le logement et l'alimentation. Un manque de moyens financiers se traduit par un habitat peu sain et fait obstacle à une nourriture saine. Pour les personnes défavorisées que nous avons rencontrées lors de nos entrevues, cela peut entraîner des risques pour leur santé. La santé est dès lors tributaire des ressources financières.

Pour moi, la santé veut dire de ne rien manquer. C'est-à-dire avoir un logement, avoir à manger. Ça, c'est la santé, pour moi. (Louis)

La quasi-totalité de nos répondants possèdent une carte médicale qui leur permet d'accéder aux soins à moindre coût, voire gratuitement. Cette carte permet aussi un complément pour la prise en charge de certaines dépenses comme les médicaments. Elle est très importante pour les personnes que nous avons rencontrées : « Sans la carte médicale, on ne se soignerait pas ». Sans la carte santé, les dépenses médicales leur apparaîtraient comme un luxe qu'elles ne pourraient pas se permettre, puisqu'elles sont constamment prises dans des soucis de très court terme.

Ce qui est d'une grande importance pour nous, ici dans le quartier, c'est la carte médicale⁸¹... Parce que bon, sans cela on ne s'en sort plus. Sans cela on ne saurait pas se soigner. Si on n'a pas de gros revenus, on ne sait pas. On ne peut pas aller à l'hôpital comme ça. Donc voilà... Sans la carte médicale, on ne se soignerait plus du tout [...] Si je n'avais pas la carte-santé, je devrais me priver dans la nourriture pour pouvoir aller voir le médecin. (Nicole)

Je suis au minimex⁸². Je n'ai pas beaucoup d'argent. Je ne vous cache pas que quand on a une carte médicale, c'est très précieux pour soi-même et pour son enfant. Tous les soins sont pris en charge par le CPAS [Centre public d'aide sociale]. (Véronique)

Non, je ne paye pas pour visiter le médecin. [...] Sinon, je n'irais pas. Mais, je dois payer les médicaments à la pharmacie avec une carte handicap que je reçois du CPAS. [...] Il y a des médicaments qui sont vraiment chers. Mais, on

⁸¹ La carte médicale est un document délivré sous certaines conditions par le Centre Public d'Aide Social (CPAS). Elle permet à son détenteur de pouvoir se rendre chez des médecins agréés par le CPAS ou à la consultation dans un hôpital sans devoir payer. Elle permet également au détenteur d'avoir une réduction supplémentaire sur certains frais pharmaceutiques.

⁸² Le « minimex » est une prestation sociale garantissant un revenu minimum aux personnes qui sont dans l'incapacité de s'en procurer par eux-mêmes ou par d'autres moyens. Le « minimex » est un droit. La personne doit en faire la demande elle-même et remplir certaines conditions pour pouvoir en bénéficier.

ne paie que 50 cents avec la carte. Sinon, on paye beaucoup plus. Mais, cela dépend quoi. (Mariette)

Nous pouvons aussi constater que dans le quartier de la Samaritaine, certaines personnes utilisent cette carte médicale pour se procurer des médicaments à bas prix et les revendre ensuite.

Certaines personnes obtiennent des médicaments avec une ordonnance de leur médecin. Ils n'ont pas de sous et les revendent à des gens. Par exemple, un minimexé peut se faire un petit peu de sous comme ça. Moi, je connais des gens dans le quartier qui se font de l'argent comme ça. En fait, la personne vend des médicaments pour avoir des sous, sans nécessairement savoir si c'est parce que l'autre a besoin de ce médicament. (Véronique)

Je passe parfois par un ami pour des médicaments. Cela coûte beaucoup moins cher, car il a une carte. Moi, je lui donne des sous. Il peut avoir des médicaments pour presque rien. C'est comme ça que je lui demande de m'en avoir. Il va chercher des médicaments pour d'autres personnes. Ensuite, il les revend. (Monique)

La santé est ainsi dépendante des moyens financiers. L'accessibilité gratuite aux soins permet aux personnes du quartier d'assurer d'autres besoins vitaux comme la nourriture ou le logement. Elle répond à un objectif d'équité sociale.

5.6.1.7 La santé, une affaire personnelle

L'espace privé et « personnel » de la santé est évoqué par quelques personnes interviewées : « Je ne parle pas de ma santé ».

Moi, je ne parle pas avec tout monde de ma santé. Je parle juste avec mon voisin de ma santé. Je lui parle quand je ne suis pas bien et tout ça. Et lui, il me conseille et il me dit de faire attention. Lui aussi, il me raconte quand il n'est pas bien. Alors, je l'écoute. Mais, c'est tout. Je n'en parle à personne d'autre. (Ginette)

Quand j'ai un problème de santé ou quelque chose, je ne dis rien à personne. Je vais voir le médecin. Ça oui. Mais je n'en parle pas aux autres personnes. (Jacqueline)

Quand je parle ma santé, je dis toujours que cela va. Mais, cela dépend à qui je parle. De toute façon, je ne peux rien y faire. (Jean)

La santé est donc associée par plusieurs répondants à une affaire personnelle. Elles en parlent uniquement aux médecins et à quelques rares amis.

5.6.2 Les conduites de santé

Les conduites de santé⁸³ jouent un rôle important. De façon générale, elles influencent l'état de santé de la personne. Nous pouvons distinguer certes les conduites qui d'un point de vue de santé publique ont un effet néfaste comme le tabagisme ou la sédentarité de celles qui pourraient au contraire avoir des conséquences bénéfiques comme une alimentation équilibrée ou l'activité physique. Cette distinction se retrouve dans la figure 8 de cette section que nous présentons en synthèse à la page 332.

Nous avons constaté que le discours de la totalité des personnes rencontrées concernant leurs conduites sert à la fois d'éléments de définition et d'évaluation de la santé. Ce propos sera illustré dans les extraits repris dans ce point.

Dans un premier temps, de très nombreuses personnes du quartier lient la santé et **l'alimentation**. Il s'agit aussi d'une préoccupation vitale, en raison de l'accroissement de l'importance relative de l'alimentation dans le budget. La littérature nous apprend d'ailleurs que pour les populations défavorisées, le choix des aliments reflète les contraintes de faibles ressources financières (Cavaillet et coll., 2005). Nous avons ainsi pu signaler précédemment que certaines personnes interrogées souhaitent que la distribution d'aliments au restaurant social du quartier (banque alimentaire) soit plus régulière et plus abondante. Au moins trois de nos répondants ne cuisinent jamais et utilisent diverses structures institutionnelles, comme le restaurant social, pour manger à bas pris et retrouver une certaine convivialité.

⁸³ Rappelons que le terme « conduite » a été défini précédemment et qu'il englobe à la fois les habitudes de vie, les comportements et l'agir délibéré des personnes (page 181, note de bas de page n° 40).

La santé est abordée par le « bien manger ». Cette notion de « bien manger » peut être attachée à une alimentation « surveillée » ou copieuse. Nos répondants nous disent manger ou essayer de manger sainement : « J'essaye de manger équilibré ». Ils mentionnent également que c'est important pour être en santé : « Ce que je mange est bon pour ma santé ».

Bien manger, c'est important pour la santé. Ça oui. Je trouve que ce que je mange est très bon pour ma santé [... Une bonne alimentation,] cela veut dire bien manger, du bon manger, bien cuire et bien frais et... pas trop gras. (Marianne)

La santé est liée au fait de bien se nourrir. Pour moi, ce n'est pas toujours évident. Mais, c'est quand même d'essayer - car je ne le fais pas non plus - de bien se nourrir. (Véronique)

Pour être en santé, il faut manger équilibré et sain. J'essaye. Je ne dis pas que je mange bio. C'est beaucoup plus cher. (Nicole)

La consommation de fruits et de légumes est spécifiée par quelques personnes, qui achètent des aliments frais dans un petit magasin situé dans une rue adjacente du quartier. Une étude européenne (Eurobaromètre « Santé et alimentation », 2006) montre que les habitants des grandes villes associent l'alimentation saine à la consommation d'une grande quantité de fruits et de légumes.

Il faut surtout manger des légumes et des fruits. Des fruits, il faut en manger tous les jours. Ça, ce sont deux aliments que je mange beaucoup. C'est très important pour la santé. Moi, si je n'avais pas une bonne alimentation, je ne serais pas en bonne santé. (Jacqueline)

Tout le monde parle de l'alimentation. C'est important de manger des légumes, de manger des fruits pour ta santé. Moi, je vous dis que je parle par rapport à mon cas. Bien sûr que c'est important pour moi. (Véronique)

Moi, je vais souvent au petit magasin turc comme on dit. C'est un petit magasin qui est là depuis très longtemps. Je vais toujours chercher mes légumes frais là-bas et mes fruits. Je sais qu'il y a du frais. (Marianne)

Quelques personnes nous signalent également l'importance de l'**activité physique** pour être en santé. Toutefois, la quasi-totalité des répondants ne signale aucune activité spécifique relative à l'amélioration de leur condition physique, en dehors des activités de la vie quotidienne et domestique comme la marche pour faire ses emplettes, monter et

descendre les escaliers dans son immeuble. Plusieurs nous disent aimer rester tranquillement à la maison et regarder la télévision.

Je suis en très bonne santé. Je marche beaucoup. Je marche ; je descends les escaliers et je les monte ; je vais en ville pour faire les courses. (Mariette)

Malheureusement non, je ne fais pas d'activité. Mais, je marche beaucoup. Ça, c'est vrai. Oui, j'aime beaucoup la marche. Je marche entre chez moi et ici. [...] J'aime bien marcher et j'ai trois étages à monter pour rentrer chez moi. Je n'aime pas les métros et les bus, je préfère marcher. (Nicole)

La plupart de nos répondants ont aussi un chien. Ils sont donc contraints à devoir sortir de chez eux pour aller marcher.

Pour sa santé, il faut prendre de l'air et faire des activités. C'est très bon pour la santé cela. Comme par exemple, faire des promenades. Moi, je me promène beaucoup avec mon chien. Mon chien m'oblige à sortir de chez moi. (Ginette)

Moi, je ne fais rien comme activité. Je vais juste me promener avec mon caniche. Mais, comme il est trop vieux, je ne sais plus aller bien loin. Je marche ici dans le quartier avec elle, du coin jusqu'au coin. On fait la rue de la Samaritaine et on descend la moitié de la rue du Temple. Je ne le prends plus avec moi pour faire mes commissions. (Monique)

Une seule personne nous parle d'une activité physique spécifique qu'elle pratique de façon irrégulière.

Je vais parfois à la piscine à la place du Jeu de balle. Mais, je n'y vais pas régulièrement. Je fais de la marche. C'est important parce que j'ai pris du ventre. (Gérard)

Le Comité de la Samaritaine et la Maison médicale des Marolles organisent parfois des activités « sociales » comme des promenades dans la forêt de Soignes, une sortie dans les Ardennes ou à la mer. Quelques personnes y participent. Peu d'entre elles nous en parlent lors de nos entretiens.

Presque la totalité de nos répondants **consomme du tabac et/ou de l'alcool**. Ils expriment pour la plupart leur niveau de dépendance au tabagisme : « Je sais que je suis intoxiqué », « Je fume trop », « C'est un besoin ». Plusieurs expliquent avoir commencé à fumer « sous l'influence de quelqu'un » ou par conformisme pour faire

comme les autres dans le quartier. Les perceptions des normes sociales et les pressions sociales environnantes peuvent conduire en effet aux conduites qui portent atteinte à la santé, comme fumer (Chamberlan, 2009). Nos répondants ont développé un discours justifiant leur rapport au tabac : la cigarette permet essentiellement de se détendre, de se calmer, de relaxer. Ce sont les arguments les plus souvent utilisés. Elle comble aussi l'ennui et l'inactivité quotidienne et constitue un moyen pour lutter contre le désespoir, la déprime. Les personnes fument aussi par habitude. En fait, l'argumentation invoquée le plus souvent par les personnes interviewées concerne le « rôle thérapeutique » supposé de la cigarette. Notons au passage qu'il a été démontré dans la littérature que certains comportements nuisibles comme le tabagisme sont plus fréquents au sein des groupes de faible statut socio-économique (Willems et coll., 2007).

Il y a beaucoup de gens qui fument dans le quartier. Moi, par exemple je fume depuis que j'ai l'âge de 13 ans et je vais en avoir bientôt cinquante. Je me demande parfois si arrêter de fumer maintenant ne me ferait pas plus de dégâts que de continuer doucement. [...] Je fume parce que je suis intoxiqué. (Jean)

Je ne devrais pas fumer. Mais, j'ai besoin de ma cigarette pour me calmer. Ça, c'est mon remède à moi. (Louis)

Je suis une fumeuse. Je fume beaucoup. Surtout quand je suis énervée. Parfois, je me sens déprimée, alors je fume et cela me fait du bien. (Ginette)

Moi, j'essaie de ne pas trop fumer [...] Mais, dans le quartier, beaucoup de gens fument parce qu'ils s'emmerdent. Moi, je fume parce que je n'ai rien à faire, parce que je m'emmerde. (Pierre)

Je fume par habitude. Quand quelqu'un allume une cigarette à côté de moi, même si je n'ai pas envie d'une cigarette je vais allumer une cigarette. La cigarette, c'est plutôt un besoin. (Nicole)

Dans le discours des personnes rencontrées, nous constatons également une prise de conscience des risques pour la santé liés au tabagisme. Mais, il nous faut mettre en lumière toute la difficulté pour nos répondants d'envisager d'arrêter de fumer.

Je sais que ce n'est pas bon la santé. Je le sais. Mais je me dis que si je n'ai pas ma cigarette qu'est-ce que je fais de ma journée. [...] Je n'ai pas de solution pour arrêter de fumer. (Nicole)

J'avais déjà essayé d'arrêter pour ma santé. Je sais que ce n'est pas bon parce que je suis asthmatique. Mais, [fumer] c'est plus fort que moi. (Ginette)

[Fumer] me crée de sérieux problèmes. J'ai déjà été opéré parce que j'avais une artère qui se bouchait à cause du tabagisme. En plus, cela revient. Mais, je ne parviens pas à arrêter. (Gérard)

Concernant la consommation d'alcool, la moitié des personnes que nous avons interrogées nous disent en consommer. Rappelons qu'historiquement, dans les quelques rues du quartier de la Samaritaine, on comptait de nombreux bistrots⁸⁴. Il s'agissait entre autres de lieux de rencontre et de socialisation accessibles presque en tout temps. D'ailleurs, les habitants interviewés nous parlent de cette époque révolue avec nostalgie. L'absence de tels endroits dans le quartier amène maintenant quelques personnes à consommer de l'alcool de façon plus discrète, en restant seules chez elle.

Je bois de l'alcool parce que j'ai envie. Regarde ! [Il me montre les bouteilles] Je ne bois jamais dans les bistrots. Je ne bois que chez moi. C'est plus discret. (Pierre)

Il y a bien des gens que je connais [qui boivent de l'alcool]. Les gens disent qu'ils boivent de la bière pour oublier. Mais, ce n'est pas vrai. Pour moi, c'est plutôt pour me calmer. [...] Je bois juste de la bière. J'ai ma réserve dans mon frigo chez moi. (Monique)

Il y en a beaucoup qui boivent de l'alcool ici dans le quartier. Beaucoup ! Moi, je travaille avec le docteur pour essayer d'arrêter. L'alcool détruit quand même pas mal ta santé. J'ai vu plusieurs personnes ici dans le quartier qui se sont retrouvées dans des états où elles sont décédées. (Véronique)

Quelques-unes des personnes interrogées ont un **discours prescriptif** lié à la santé individuelle. L'une de nos répondantes parle d'hygiène de vie. Il s'agit alors d'un ensemble de conduites qui concerne essentiellement les choix de style de vie afin de préserver sa santé et de prévenir certaines maladies ; l'objet d'une bonne hygiène de vie est de (se) préserver. Elle ne transforme pas le milieu malsain en milieu sain, elle permet de prévenir, de se protéger et, ou d'éviter des maladies.

⁸⁴ Dans un rayon de 250 mètres, on pouvait compter environ cinq lieux de débit de boissons : Il y avait un bistrot avant, « Chez Carburé ». Moi, j'habitais au deuxième étage juste au-dessus du bistrot. Mais, le bistrot n'existe plus maintenant. Il y avait aussi d'autres bistrots dans le quartier. Ici en face, quand tu sors, il y avait un bistrot qui s'appelait « La lanterne ». Là où il y a le service social maintenant, il y en avait un aussi et on pouvait danser dans celui-là. Il y en avait aussi là-bas plus loin sur la rue des Chandeliers. Il y en avait deux sur la rue des Chandeliers : « Chez Jeannine » et « Chez Mascotte ». Ah oui, ça dans le quartier, il y avait plusieurs bistrots ou on pouvait aller boire son verre. (Monique)

La santé aussi, c'est de se préserver. C'est aussi avoir une bonne hygiène de vie. (Véronique)

L'hygiène joue beaucoup. La santé, c'est se protéger. C'est faire attention. C'est se protéger pour ne pas attraper des maladies. Moi, j'ai eu un rhume comme ça parce que j'ai été en contact avec un ami. Alors, maintenant je fais attention quand je rencontre quelqu'un. (Ginette)

J'aide parfois [au Comité de la Samaritaine]. Il faut quand même faire aussi un petit peu attention. Moi par exemple, je ne travaille jamais sans gants parce que je sais qu'il a quand même des personnes dans le quartier qui ne sont pas en bonne santé et qui toussent très fort. Je ne sais pas très bien ce qu'elles ont. Mais moi, je prends des gants et voilà... J'ai aussi ma tasse privée, rien que pour moi, au restaurant. On peut tomber malade sinon. (Nicole)

Comme l'exprime Véronique, cette prévention semble être parfois aussi le résultat d'une construction médicale et culturelle.

C'est perdre du poids pour le cœur. Je fais un régime, car j'ai un excès de poids qui met ma santé en danger. C'est ne pas boire, ne pas fumer, avoir un mec, sortir. Mais, on ne peut pas tout faire. (Véronique)

Les personnes possèdent donc certains moyens d'action sur leur santé. Toutefois, on observe un manque de cohérence dans le discours de certains répondants. L'environnement médiatique comme source de messages relatifs à la santé semble influencer le discours de nombreuses personnes que nous avons interviewées. Mais en retour, leur discours apparaît parfois ambigu ou contradictoire, paradoxal : « Il ne faut pas fumer... Mais, je fume ». Aussi, la mise en œuvre des éléments de discours prescriptif requiert une discipline et l'application de certaines règles qui peuvent être contraignantes.

Pour sa santé, on dit qu'il ne faut pas fumer, qu'il ne faut pas boire. Moi, je ne bois pas. Mais, je fume. Il faut manger équilibré, ce que je ne fais pas vraiment. C'est aussi manger à des heures normales, c'est-à-dire pas n'importe comment comme je fais. (Nicole)

Pour l'une de nos répondantes, **le repos et le sommeil** sont également importants pour la santé.

Bien se reposer, bien dormir : c'est important pour ta santé. Je sens que c'est bénéfique pour moi. (Véronique)

Par ailleurs, comme nous l'avons déjà signalé précédemment, **le suivi médical** est mentionné par une forte proportion de nos répondants.

Je pense que c'est très important d'être soigné. Je fais souvent des prises de sang. Parfois, je vais simplement discuter avec le médecin si je ne me sens pas bien. (Véronique)

Moi, je suis toujours le conseil des médecins. Il faut bien. Le docteur sait ce qu'il y a, ce qu'on peut faire et ce que l'on ne peut pas faire. Si on ne fait pas ce que le médecin dit, cela peut créer des problèmes plus graves par après. (Ginette)

Pourtant, la littérature consultée tend à montrer que le recours aux soins de santé est une question éminemment sociale et que les personnes les plus défavorisées utilisent peu ou tardivement les ressources (Berrat, 1998).

Dans le quartier la Samaritaine, si la carte médicale qui donne un accès gratuit aux soins est importante pour nos répondants et facilite l'accès au soin, les pratiques des intervenants sociaux et médicaux semblent aussi favoriser l'usage des ressources médicales. Souvenons-nous qu'en raison d'un ancrage historique dans le quartier, l'Antenne médicale est un lieu - voire le lieu - de référence des personnes qui y résident. Cette structure est adaptée pour elles. Par exemple, elles peuvent venir dans la salle d'attente avec leur animal de compagnie. Aussi, lors de l'hospitalisation de personnes, les travailleurs sociaux du Comité de la Samaritaine s'assurent de maintenir des contacts en assurant des visites.

Plusieurs personnes font aussi état de différentes conduites caractérisées par l'idée de se soigner par soi-même. Elle concerne principalement les problèmes de santé les plus bénins. Elles font références entre autres à prendre des aspirines, à boire beaucoup d'eau ou de thé quand on a de la fièvre.

Nous avons synthétisé ci-dessous les principales conduites de santé qui ont été mentionnées spontanément par les personnes que nous avons rencontrées. Nous avons pu mettre en évidence un certain nombre de conduites qui permettent d'éviter et/ou de réduire les risques en matière de santé que ce soit une alimentation saine, une bonne hygiène de vie, un suivi médical. Certaines conduites sont aussi nuisibles pour la santé. Les raisons invoquées le plus souvent sont la satisfaction immédiate ; les conséquences

nocives sont pourtant connues. Nous observons également que plusieurs de ces conduites sont étroitement dépendantes du contexte environnemental.

5.6.3 Synthèse : Les catégories explicatives de la santé

L'analyse du discours des personnes que nous avons interviewées dans le quartier de la Samaritaine permet de saisir différentes catégories représentationnelles de la santé :

1. la santé, pivot de la vie
2. la santé, comme « bien-être » ou « mal-être » physique
3. la santé comme « bien-être » ou « mal-être » psychologique
4. la santé, contraire de la maladie
5. la santé, tributaire de l'environnement
6. la santé, tributaire des ressources financières
7. la santé, une affaire personnelle

La figure 8 met en évidence les principaux éléments de représentation de la santé. Elle permet de visualiser la part relative occupée par chaque catégorie représentationnelle de la santé pour l'ensemble de nos répondants. Nous observons ainsi que la santé comme absence de maladie est largement dominante dans le discours des personnes rencontrées. La santé tributaire l'environnement occupe une place transversale.

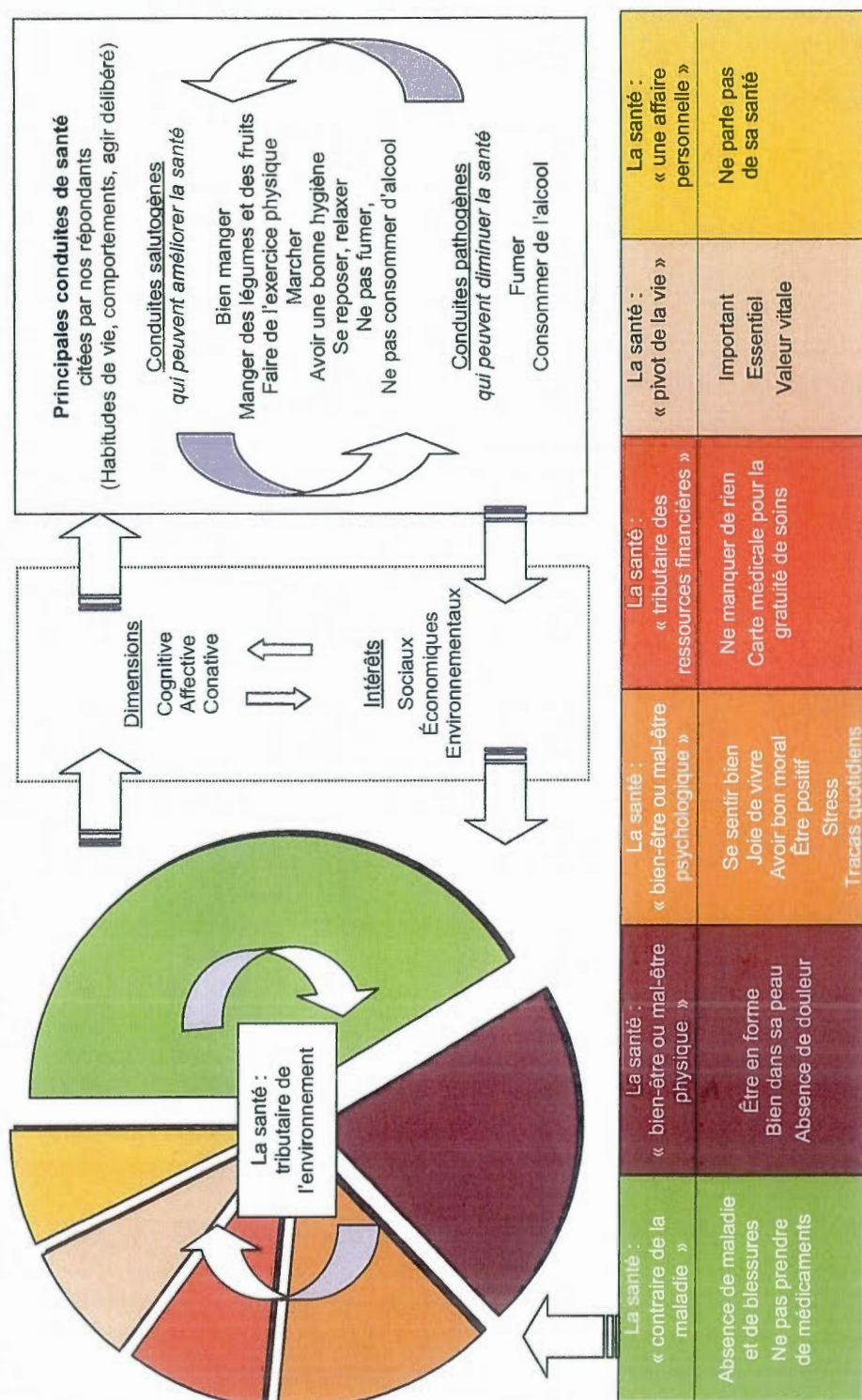


Figure 8 : Les catégories représentationnelles de la santé – Quartier de la Samaritaine

5.7 Éléments de représentation du lien entre l'environnement et la santé

Notre analyse des données recueillies dans le quartier de la Samaritaine présente de très nombreuses similitudes avec celle que nous avons effectuée dans le cas de Pointe-Saint-Charles. Comme pour cette précédente étude de cas, l'environnement est reconnu par nos répondants comme l'un des facteurs qui influencent la santé de chacun. Les interactions entre l'environnement et la santé prennent place dans le discours de la plupart des personnes rencontrées en entrevues individuelles et sont d'ailleurs confirmées dans notre entrevue de groupe. Pour certains de nos répondants, il s'agit même d'une évidence.

L'endroit où l'on vit, ça joue aussi sur ta santé. Ça joue sur ta santé et ton moral. Je parle pour moi personnellement. (Ginette)

Bien sûr que la santé et l'environnement sont liés. (Jean)

Mais cette reconnaissance du lien entre la santé et l'environnement nous apparaît *a priori* moins développée chez les répondants du quartier de la Samaritaine que chez ceux du quartier Pointe-Saint-Charles⁸⁵.

Dans les sections précédentes de ce chapitre, nous avons pu dégager différents éléments de représentation de la santé et de l'environnement. Maintenant, nous allons croiser les différentes catégories représentationnelles de la santé avec celles de l'environnement. Tout comme pour le quartier Pointe-Saint-Charles, nous prenons la santé comme point de départ sur lequel nous allons articuler les différentes catégories représentationnelles de l'environnement. Au bilan, nous verrons que la façon dont nous abordons les liens entre la santé et l'environnement dans cette recherche nous permet de poser un regard nouveau sur les interactions complexes existant entre ces deux champs de l'expérience humaine au sein des populations étudiées.

⁸⁵ Nous pourrions sans doute expliquer cette différence par les caractéristiques historiques et culturelles de chaque lieu. Comme nous l'avons signalé précédemment, le quartier Pointe-Saint-Charles est marqué par son passé industriel qui amène aujourd'hui encore son lot de contraintes environnementales (terrains contaminés) et qui explique la persistance d'une culture « ouvrière ». Il semble que les habitants y reconnaissent de manière plus explicite et plus riche des liens entre leur environnement et leur santé. Au contraire, le quartier de la Samaritaine n'a pas d'histoire industrielle. C'est un quartier urbain en plein cœur de la ville bordé par une rue qui a toujours été commerçante. La population défavorisée de ce quartier semble plus « assistée ». Si l'existence de liens entre leur santé et leur environnement est mentionnée, ceux-ci sont souvent moins élaborés que pour le quartier de Pointe-Saint-Charles.

5.7.1 La santé tributaire de l'environnement social

L'environnement social et communautaire est celui qui concerne toute la dynamique des échanges sociaux ainsi que l'ensemble des services de proximité qui permet de répondre aux besoins des personnes au sein d'une population. Il existe une abondante littérature sur les effets de l'environnement social et communautaire sur la santé. Elle montre notamment que les relations sociales peuvent agir comme tampons pour les effets délétères du stress (Fischer et Dodeler, 2009 ; Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Sirgy et Cornwell, 2002, Yen et Syme, 1999) et peuvent contribuer à réduire les difficultés socio-économiques en favorisant l'entraide (Bowling et coll., 2006 ; Barton et Tsourou, 2004). Les rapports sociaux positifs entre les personnes sont aussi liés à la réduction de la prévalence de la dépression et de la dépréciation (Health Council of the Netherlands, 2004) et ont un effet protecteur en ce qui concerne la santé mentale (Bruchon-Schweitzer, 2002). En fait, les personnes ayant de nombreux contacts sociaux se sentent en meilleure santé, ont un plus faible risque de maladies cardiovasculaires et une espérance de vie en bonne santé plus longue, et peuvent améliorer leur état de santé physique et mentale, leur performance physique, et leur bien-être (Bowling et coll., 2006 ; Bruchon-Schweitzer, 2002).

Nous avons mentionné plus haut dans ce chapitre que les personnes interrogées se croisent régulièrement dans le quartier, se parlent entre elles, disent qu'elles s'entraident. Nous avons également signalé qu'elles s'inquiètent si elles sont sans nouvelles d'autrui durant plusieurs jours et demandent alors aux intervenants sociaux de s'enquérir de la situation, ce qui est rassurant en particulier pour les personnes vivant seules. Il est important de rappeler ici que nos répondants partagent le même espace géographique, les mêmes valeurs, les mêmes structures organisationnelles et les mêmes problèmes sociaux. Cela est de nature à favoriser un sentiment d'appartenance à une communauté. Cette dimension que nous pouvons qualifier d'intégration sociale et spatiale peut affecter la santé des personnes sous forme d'un bien-être ou d'un mal-être psychologique ou physique comme le signale une répondante : « Être bien dans le quartier joue sur ta santé ». Au contraire, selon la littérature, l'isolement augmente le risque de certaines pathologies comme les maladies cardio-vasculaires (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Cohen et Wiles, 1995).

Je pense que si on ne se sent pas bien dans le quartier et dans son logement, cela joue un rôle sur sa santé. Le fait de bien s'entendre dans le quartier me semble important pour la santé. (Nicole)

Moi, j'aime le quartier de la Samaritaine et j'aime les gens. Ça, c'est déjà bon aussi pour ma santé. (Pierre)

Ça, c'est une chose importante pour ta santé : le contact avec les gens dans le quartier est bon. C'est sûr que cela joue sur ta santé et tu es déjà de bonne humeur si tu t'entends bien avec les gens. (Jacqueline)

L'autre jour, on a dit aux assistantes sociales : « Écoutez, c'est drôle. On n'a pas vu celui-là depuis plusieurs jours ». Et alors, elles ont été voir tout ce qui se passe et tout ça. On fait un peu attention aux autres. Tu sais, il y a des personnes seules qui sont malades et qui peut-être ont besoin de soin. Je trouve cela bien pour la santé de te savoir qu'on s'intéresse à toi. C'est rassurant. (Jacqueline)

Bruchon-Schweitzer (2002) rapporte que c'est surtout la dimension perceptive, comme la disponibilité des autres résidents du quartier, la satisfaction et l'adéquation du réseau social qui a un impact sur la santé.

La bonne entente entre les personnes - et plus spécifiquement le bon voisinage - fait aussi partie des facteurs signalés qui jouent sur la santé des personnes (Forrest, 2007). La dimension du voisinage souligne l'interaction sociale, les réseaux sociaux et les relations de voisinage. Celui-ci reste important en tant que source d'identité sociale pour nos répondants, évoquant entre autres le sentiment d'appartenance, les amitiés locales, l'environnement sécuritaire. L'organisation spatiale du quartier avec ses rues étroites et la présence du Comité de la Samaritaine comme lieu de rencontres, font en sorte que les personnes interviewées se croisent régulièrement. Les personnes établissent et entretiennent des liens pouvant correspondre au simple « bonjour » ou au partage de petits services (Forrest, 2007). Ces contacts constituent une source de reconnaissance et de bien-être pour chacun (Forrest, 2007). Comme nous l'avons signalé précédemment dans ce chapitre, l'importance de tels liens a été soulignée par les personnes lors de nos entrevues individuelles et confirmée durant notre rencontre de groupe. Ces contacts sociaux produisaient un « sentiment d'être chez soi », de « sécurité » et du « soutien ». Autant de facteurs qui peuvent aider à faire face aux stress de la vie quotidienne et qui ont des incidences sur la santé.

La bonne entente entre les habitants du quartier passe aussi par l'existence de relations harmonieuses (Forrest, 2007 ; Sirgy et Cornwell, 2002).

C'est sûr que le quartier peut avoir un effet sur ma santé. [...] Le bon voisinage peut avoir un effet sur votre santé. Moi, par exemple, j'ai un voisin qui est pensionné à côté de chez moi. Il ne fait pas de bruit. Il est très calme. On se dit bonjour quand on se croise. Cela est important aussi pour ma santé. (Gérard)

Nous avons aussi mentionné auparavant dans ce chapitre que la promiscuité des personnes pouvait aussi être vue par certains comme source de tension et d'un mal-être. Deux personnes nous ont en effet signalé le manque d'intimité : « Le regard des autres me dérange », « Les voisins de l'autre côté de la rue observent ce que je fais ». Ces discours s'accompagnent parfois de conduites qui visent à préserver son espace de vie privée tel que l'évitement de lieux de rencontre, la fermeture de ces fenêtres et de ses rideaux. Nous pouvons aussi noter qu'un de nos répondants mentionne qu'il privilégie les contacts avec les personnes qui ont une attitude positive.

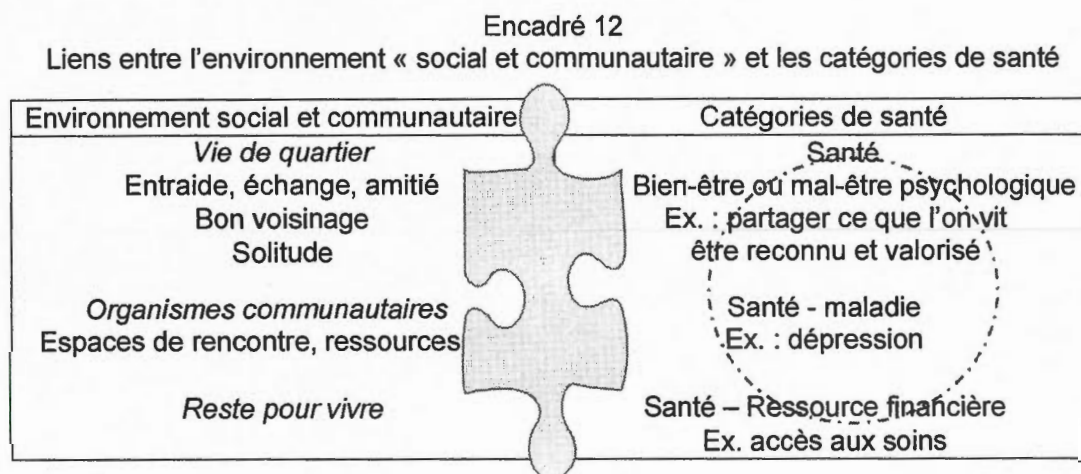
C'est important d'avoir des gens qui ne voient pas que des malheurs. C'est déjà plus gai à vivre. Moi, je n'écoute pas les gens qui ne racontent que leurs malheurs. Je préfère les gens dynamiques. (Gérard)

Tel que signalé, la présence de ressources communautaires et autres services peut avoir un effet sur la santé. La présence du Comité de la Samaritaine apporte ainsi un soutien personnalisé et collectif. C'est un lieu de rencontre, mais aussi un endroit où chaque personne est reconnue et valorisée. Quelques habitants du quartier s'y retrouvent le matin autour d'une tasse de café ; la plupart viennent prendre le repas du midi. Les ressources communautaires par les services qu'elles offrent comme le restaurant social, la distribution occasionnelle de nourriture, le vestiaire pour se vêtir à moindre coût viennent compenser ainsi le peu de revenus des personnes qui peut être une source de mal-être.

Les gens dans le quartier sont psychologiquement malades parce qu'on n'a pas d'argent. (Pierre)

Heureusement qu'on a la carte santé, sinon on ne pourrait pas se payer les soins. On n'a pas beaucoup d'argent. (Jacqueline)

L'Encadré 12 fait la synthèse des principaux éléments de l'environnement social et communautaire en lien avec les différentes catégories représentationnelles de la santé. C'est la santé comme « bien-être ou mal-être psychologique » qui est mise de l'avant par nos répondants. La santé - maladie tout comme la santé « tributaire des ressources financières » sont aussi évoquées.



5.7.2 La santé, tributaire de l'environnement « problème »

Tout comme dans notre étude de cas précédente, l'environnement « problème » est source de nombreuses inquiétudes pour toutes les personnes que nous avons interrogées. Les problèmes environnementaux sont souvent associés à la maladie, à un mal-être psychologique ou physique. Les problèmes sanitaires dans le quartier sont le plus souvent attribués à la pollution, à la propreté et surtout à l'humidité d'infiltration dans de très nombreux logements.

L'air est une composante de notre environnement à laquelle on ne porte attention que s'il suscite une situation de mal-être : étouffement, difficulté à respirer, manque d'air. Dans le quartier de la Samaritaine, plus que la qualité, c'est surtout le manque d'air qui est exprimé comme dérangeant, mais aussi comme source de maladie respiratoire. Les rues étroites, la proximité des logements entre eux, le manque de zone ouverte ne

facilitent pas la circulation de l'air et peuvent entraîner un sentiment d'étouffement chez certaines personnes.

L'air fait beaucoup. Si vous avez un manque d'air, vous ne savez pas avoir une bonne santé. (Jacqueline)

S'il y avait plus d'air, il n'y aurait pas ça. Les gens, ils sont malades à cause de ça ici aussi. Les gens, ils sont malades parce qu'il n'y a pas assez d'air ici. (Nicole)

Il y a assez d'air ici. Ici, c'est maison contre maison. Elles sont maçonnées les unes contre les autres... Et c'est très important pourtant d'avoir de l'air surtout pour la santé. (Louis)

Nous noterons au passage que ce manque d'air est aussi signalé concernant le logement. La plupart des appartements ne possèdent des fenêtres que d'un seul côté, ce qui empêche la circulation d'air.

Il y a un manque d'oxygène dans mon logement pour moi. Il n'y a des fenêtres que d'un côté, sur le devant. Il faudrait une fenêtre qui donne à l'arrière. Donc, il n'y a pas assez d'air dans mon logement. Donc, ce n'est pas assez. Oui, je me sens mal aussi à cause de cela. Il y a un manque d'air. (Ginette)

La plupart de nos répondants ont déjà constaté des effets de la pollution de l'air sur leur propre santé ou celle de leurs proches. Nos répondants établissent dès lors un lien entre la santé et l'exposition à la pollution atmosphérique à partir des manifestations physiques comme l'étouffement ou la difficulté de respirer.

La qualité de l'air est importante pour la santé. C'est la pollution qui cause beaucoup de maladie. Cela s'explique parce que l'on est à cause de la pollution moins oxygéné. On est moins oxygéné... (Jean)

La qualité de l'air, c'est important pour ne pas attraper des maladies [...] C'est vraiment important qu'il n'y ait pas trop de pollution pour ne pas tomber malade. La qualité de l'air est très importante, car c'est le poumon et c'est la vie. (Gérard)

Les odeurs de voitures... C'est très mauvais pour tes poumons. Tu manges et tu manges. Allez, tu as les voitures qui fonctionnent avec du diesel ou du chose comme du mazout et tu as l'odeur qui sort par derrière. Et toi, tu passes et tu manges cela. C'est très mauvais pour ta santé. (Louis)

Le problème de la propreté des rues a été évoqué par plusieurs personnes lors de nos entrevues individuelles et confirmé en entrevue de groupe. La propreté laisserait à

désirer et la saleté favoriserait la présence de microbes. Comme nous l'avons mentionné au point 5.5.2.1, les rues du quartier, et principalement la rue de la Samaritaine, seraient souvent encombrées d'ordures et de déjections canines. La propreté est mise en lien avec l'hygiène.

La rue est souvent sale. C'est important d'avoir une rue propre, surtout pour la santé et l'hygiène. C'est vraiment une question d'hygiène. Vous sortez de chez vous et vous voyez plein de pipi là sur le mur et par terre. Et, il y a aussi les odeurs avec ça. [...] Parce qu'avec une rue dégoûtante, on peut attraper des microbes comme ça aussi. Et puis, ce serait plus gai d'avoir une rue propre. (Ginette)

La propreté dans le quartier, c'est quelque chose de très important pour les microbes. (Jacqueline)

Par exemple, ce qui n'est pas bon pour ma santé, c'est quand il y a des sacs-poubelles qui traînent près de chez moi. Très vite, il y a plein de mouches et tout ça. Donc, ce n'est pas bon pour votre santé. Cela sent mauvais aussi. (Gérard)

Mais, ce n'est pas uniquement la propreté des espaces publics extérieurs comme les rues qui est évoquée, l'entretien de son logement est aussi signalé : « Si c'est sale dans ton logement, tu vas avaler des microbes ».

Moi, je suis une madame propreté. C'est important que ce soit [aussi] propre pour ta santé dans ton logement. Si c'est sale dans ton logement, ta santé ne va pas bien aller non plus. Tu vas avaler de la saleté et des microbes. Ah non, pour moi cela fait beaucoup la propreté. (Jacqueline)

C'est très important d'avoir un logement de qualité. C'est important pour plusieurs choses. C'est important pour se sentir bien chez soi. Psychologiquement, c'est très important. Avoir un logement de qualité, c'est aussi bon pour la santé, pour la santé physique et morale. On rentre chez soi et pfuuuuuuuu j'y suis... c'est bien. (Jean)

De nombreuses études ont examiné l'association potentielle entre l'humidité d'un logement et les affections respiratoires de ses résidents. Un niveau accru d'humidité mènerait à une croissance accrue de moisissures qui peut ensuite entraîner l'asthme et d'autres affections respiratoires pour les personnes qui y sont exposées de façon prolongée (Moloughney, 2004). Plusieurs de nos répondants établissent d'ailleurs un lien direct entre l'état de leur logement et plus spécifiquement la présence d'humidité avec certaines pathologies respiratoires ou des douleurs articulaires.

Pour moi, il y a un lien entre l'asthme et l'humidité. (Gérard)

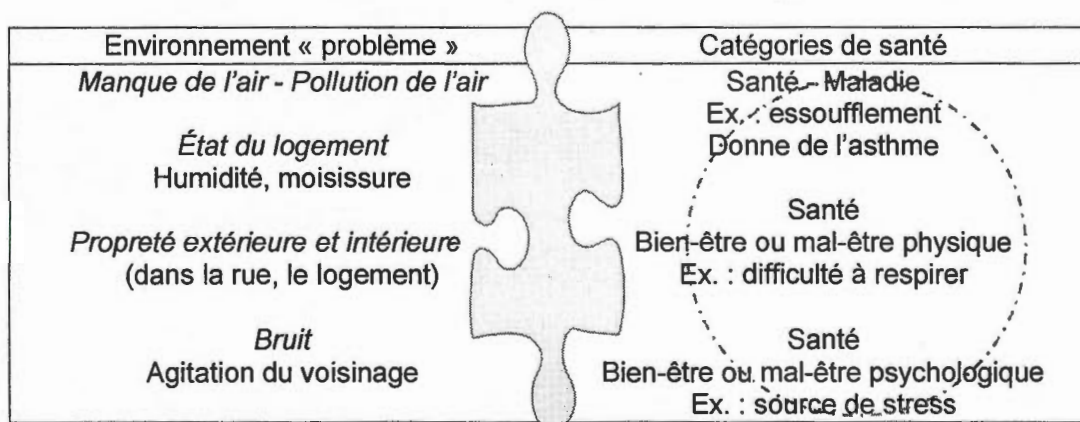
Je souffre de la bronchite parce que c'est l'humidité de la maison... Humidité et champignons qu'on a. Alors, on souffre avec ça, l'humidité. Et le dos... On souffre avec ça, aussi avec l'humidité. C'est mon logement qui me fait tout... (Mariette)

L'humidité, c'est mauvais pour ta santé. Tu respirez moins bien. Si tu as un appartement en mauvais état, avec par exemple beaucoup d'humidité, tu peux attraper des rhumatismes, de l'arthrose. (Louis)

L'humidité joue beaucoup sur ma santé. Ça joue sur moi parce que je suis asthmatique. D'ailleurs, je dois prendre souvent un aérosol parce que parfois je ne sais plus respirer. (Ginette)

L'Encadré 13 illustre les principaux éléments de l'environnement « problème » en lien avec les différentes catégories de la santé mentionnées dans le discours de nos répondants. C'est la santé comme risque de maladie qui est le plus souvent associée aux problématiques environnementales. La santé comme bien-être ou mal-être physique et psychologique semble surtout graviter autour de la santé-maladie.

Encadré 13
Liens entre l'environnement « problème » et les catégories de santé



5.3.3 La santé tributaire de l'environnement « nature »

La densification du quartier fait que les résidents vivent dans un environnement où il y a relativement peu de végétation. Nous avons vu dans notre analyse des représentations sociales de l'environnement (point 5.5.2.2 de ce chapitre) que la plupart des personnes

signalent le manque d'espace vert dans le quartier, le peu de végétation. Dans la rue principale, il y a trois petits arbres et quelques fleurs aux balcons des maisons. Très peu de résidents ont accès à un jardin privé ou partagé avec d'autres locataires. Le seul petit parc dans le quartier est décentralisé et peu fréquenté par nos répondants.

Or de nombreuses études montrent que la présence d'environnements naturels de proximité permet d'améliorer la santé et d'encourager des comportements sains (Mass, 2008 ; Heath Council of The Netherlands, 2004 ; Yen et Syme, 1999). Pour nos répondants, la végétation aide à respirer, donne de la vie et embellit le lieu. Les parcs et espaces verts aménagés permettent de se reposer, se détendre et de socialiser. Nous avons eu l'occasion d'illustrer ces propos auparavant.

L'environnement peut faire que tu es en bonne santé. Oui. Je vais te le dire... S'il y avait plus d'espaces avec des arbres et des fleurs dans le quartier, cela pourrait faire beaucoup pour la santé. Tu respirerais mieux. (Louis)

La présence de végétation peut être une source de bien-être physique et/ou psychologique ; elle peut jouer au bout du compte sur la dynamique santé-maladie. La littérature montre que la nature peut réduire le nombre de maladies respiratoires au sein de la population (Mass et coll., 2009). Le lien entre la santé et l'environnement « nature » reste cependant très peu élaboré par nos répondants. Sans doute que l'absence de végétation dans le quartier et le peu d'intérêt concernant les avantages possibles de la nature en termes de santé par les autorités publiques se reflètent dans le discours de nos participants (explication suggérée par le Health Council of the Netherlands, 2004).

Par ailleurs, certaines personnes nous ont parlé de la présence d'animaux - comme les pigeons - qui aurait un impact négatif sur leur santé. Les désagréments s'expriment surtout autour des excréments et du nombre important d'animaux en un même lieu⁸⁶. Les pigeons sont considérés par deux de nos répondants comme porteur de maladie pour l'homme et dérangeant par les roucoulements incessants. Comme nous l'avons

⁸⁶ La Ville de Bruxelles étudie différentes solutions pour contrôler la population des pigeons. Il faut savoir que la stérilisation de ces animaux est interdite en Belgique. Des campagnes ponctuelles d'élimination pour protéger des bâtiments publics contre les excréments sont envisagées.

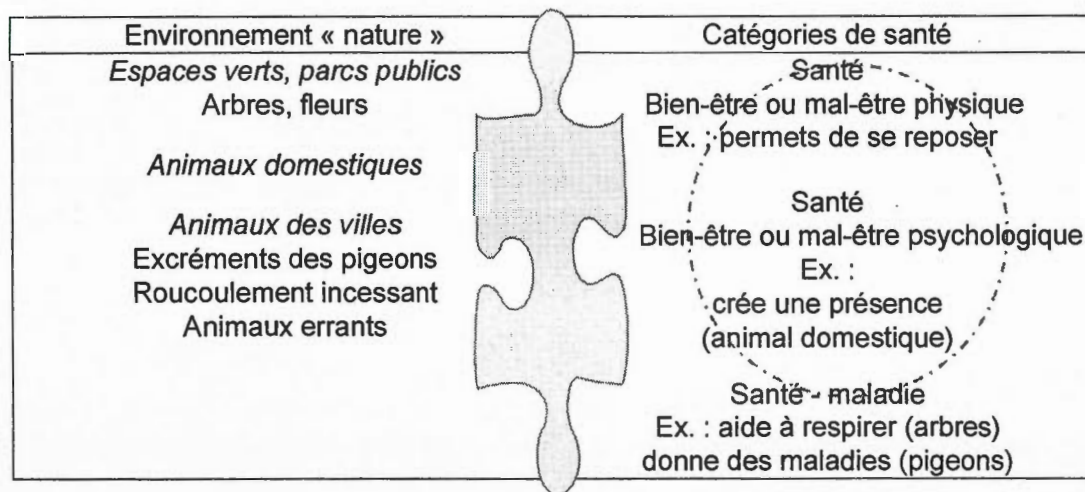
indiqué auparavant (point 5.5.2.2), ces derniers amènent aussi d'autres animaux comme les souris qui peuvent être également perçues comme vecteur de maladies.

Les pigeons, c'est ce qu'il y a de plus... mauvais pour la santé des gens. Ils peuvent donner des maladies. Pourtant, je ne ferais pas de mal à un pigeon. Mais c'est mauvais pour la santé aussi. Il y en a énormément. (Nicole)

D'autres animaux sont aussi signalés comme source de désagrément : les chats errants, les mouches d'humidité dans plusieurs logements ou encore les cafards. Par contre, les animaux domestiques sont considérés comme importants, car ils brisent le sentiment de solitude des personnes et créent une présence dans le logement.

L'Encadré 14 illustre les principaux éléments de l'environnement « nature » en lien avec les différentes catégories représentationnelles de la santé relevées dans l'analyse du discours de nos répondants. C'est la santé comme bien-être physique et aussi comme bien-être psychologique qui prédomine dans leur discours. Le lien avec la santé - maladie est également présent.

Encadré 14
Liens entre l'environnement « nature » et les catégories de santé



5.7.4 La santé, tributaire de l'environnement « espace de vie public »

Les rues du quartier semblent réservées à la voiture. L'espace de « vie public » composé des quelques rues est réduit à un lieu de passage. Comme nous l'avons

illustré dans notre analyse de discours concernant l'environnement, plusieurs des personnes interviewées aimeraient que la Ville aménage des lieux publics de convivialité, ce qui serait de nature à renforcer le sentiment d'appartenance à une même communauté. L'installation de bancs publics et de tables dans les rues pour susciter des espaces de rencontre, d'échange et de communication entre les résidents du quartier, pour réduire l'isolement des personnes et aussi pour se reposer, est une solution qui a été évoquée à plusieurs reprises. Il s'agirait donc de rendre aux rues du quartier une fonction sociale et politique, en devenant un lieu de rencontre, d'échange, de discussion et de débat. En réduisant la présence des voitures dans le quartier, on pourrait aussi diminuer la pollution atmosphérique, le bruit et les risques d'accident. Mais nous avons aussi pu observer que les personnes évoquent l'impossibilité de tels aménagements en raison de la nécessité des voitures et des places de stationnement.

Pour améliorer la santé dans le quartier, il faudrait faire le quartier piétonnier... [Rires]... Mais, ce n'est pas possible à cause des voitures hein. Pourtant, ce serait bien. (Jean)

C'est vrai qu'on pourrait mettre la rue pour les piétons. Ça, ce serait vraiment bien. Je n'ai pas vu cela, mais il y a des vieilles personnes qui sont nées dans la rue ici et qui m'ont raconté que leurs parents sortaient leurs chaises et les mettaient devant leur porte et discutaient avec l'un ou l'autre ou jouaient une partie des cartes. Mais à cette époque-là, il n'y avait pas autant de voitures. Aujourd'hui, ce n'est vraiment pas possible à cause des voitures. (Jacqueline)

Les nombreuses voitures qui passent dans le quartier, l'étroitesse des rues et l'absence de trottoir spécifique ont aussi été signalées comme sources éventuelles d'accidents.

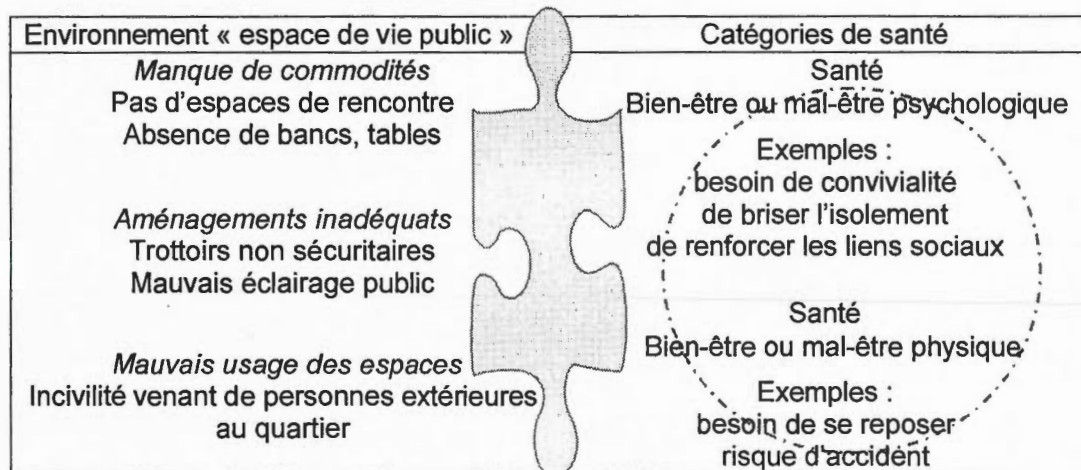
On a beaucoup des voitures. C'est un vrai problème. Les voitures roulent vraiment pour écraser les gens et tout ce qui bouge. (Nicole)

Nous avons aussi mentionné dans un point précédent que pour plusieurs de nos répondants, l'espace public est également utilisé par des personnes extérieures au quartier pour y abandonner leurs déchets et laisser courir leur chien. Plusieurs de nos répondants considèrent cette présence extérieure comme une intrusion dans une sorte de « chez nous ».

L'Encadré 15 synthétise les principaux éléments de l'environnement « espace de vie public » en lien avec les différentes catégories de la santé relevée dans l'analyse du discours des personnes que nous avons interrogées dans le quartier de la Samaritaine.

L'absence d'aménagements dans les rues affecte la santé des résidents tant physiquement (risque d'accident) que psychologiquement.

Encadré 15
Liens entre l'environnement « espace de vie public » et les catégories de santé



5.7.5 La santé, tributaire de l'environnement « décor »

Comme nous l'avons signalé, dans le quartier de la Samaritaine, l'environnement « décor » fait référence prioritairement aux caractères historique et patrimonial du lieu. Aux yeux de certains répondants, il ne s'agit pas d'un espace « banal » urbanisé. Au contraire, le fait d'habiter un tel endroit suscite une certaine fierté tel qu'exprimée dans le discours de quelques personnes : « Ce n'est pas tout le monde qui habite un quartier historique ». Nous avons également indiqué précédemment (point 5.5.2.4) que l'embellissement du quartier par l'intégration de végétation est perçu - dans une moindre mesure - comme un facteur de santé.

L'Encadré 16 met en lumière les principaux éléments de cet environnement « décor » en lien avec les différentes catégories représentationnelles de la santé identifiées dans l'analyse du discours de nos répondants. Rappelons au passage qu'on retrouve peu d'éléments de représentation sociale de l'environnement « décor » et de l'environnement « espace de vie public » dans le discours des personnes rencontrées. Nous observons

aussi à cet effet que les liens avec la santé exprimés sans équivoque par les répondants sont presque inexistantes. Cependant, nous pouvons supposer que de façon implicite, l'environnement « décor » pourrait être associé à un sentiment de bien-être ou mal-être psychologique.

Encadré 16
Liens entre l'environnement « décor » et les catégories de santé

Environnement « décor »	Catégories de santé
<i>Autour de nous</i> Caractère historique du lieu Bacs de fleurs	Santé - bien-être psychologique Exemples : être fier d'habiter le quartier voir de belles choses

5.7.6 La santé, tributaire des conduites de vie

L'une de dimensions des représentations sociales concerne l'agir des personnes. Tout comme c'est le cas pour le quartier Pointe-Saint-Charles, les conduites alimentaires occupent une place particulière dans le discours des personnes interrogées. Comme nous l'avons observé précédemment, la moitié de nos répondants signalent que l'alimentation ou plutôt le « bien manger » est un déterminant majeur qui peut influencer la santé. Nous avons aussi signalé au point 5.6.2 que plusieurs personnes insistent entre autres sur l'importance d'inclure des fruits et des légumes dans son alimentation.

Bien manger, je pense que c'est important pour notre santé. (Véronique)

L'alimentation ne se réduit pas uniquement à des questions économiques. Elle est tout autant liée à des dimensions affective, culturelle et sociale. Nous avons également pu constater qu'une proportion importante de nos répondants fréquentent sur une base très régulière le restaurant social du quartier. Certains usagers ne cuisinent jamais chez eux⁸⁷.

Il y a des gens qui mangent mal dans le quartier. Moi, je ne cuisine jamais. Je vais toujours manger ailleurs [dans des restaurants sociaux]. Je mange toujours équilibré. (Gérard)

⁸⁷ Les personnes interviewées qui nous ont mentionné qu'elles ne cuisinaient jamais sont toutes des hommes.

En fait, mes animaux m'obligent à sortir et à me promener. Si je n'avais pas mes animaux, je ne sortirais plus. Je resterais tout le temps à la maison. Je sortirais juste pour faire mes courses. (Monique)

5.8 En conclusion

Tout comme pour le quartier de Pointe-Saint-Charles, en menant des entrevues individuelles ainsi qu'une entrevue de groupe, nous avons examiné la vie du quartier de la Samaritaine, en nous penchant entre autres sur sa dimension fonctionnelle avec la morphologie urbaine et les équipements du quartier, sur la vie associative et le potentiel convivial des espaces de vie publics et aussi sur certains éléments de nature symbolique afférents aux images du quartier et au marquage des espaces par exemple. Des observations ponctuelles sont également venues nourrir notre réflexion. Nous avons enfin pu interroger différents intervenants communautaires dans le quartier.

Dans la première section de la partie B de ce chapitre consacrée au quartier de la Samaritaine, nous avons présenté les différents éléments représentationnels de l'environnement de proximité (quartier, rue, logement) tels qui sont mentionnés dans le discours de nos répondants. Le quartier de la Samaritaine correspond à un territoire vécu. Il est composé de quelques petites rues étroites où ses habitants se croisent, se saluent, parlent entre eux. C'est l'image du petit îlot urbain qui prévaut dans ce cas-ci. Le Comité de la Samaritaine est le lien de rencontre pour les personnes. Nous avons également mis en évidence que l'environnement - comme pour le quartier Pointe-Saint-Charles - donne lieu à diverses catégories d'éléments représentationnels. C'est ainsi que l'environnement est évoqué par tous nos répondants en référence à plusieurs problèmes qui affectent la qualité de vie dans le quartier. Le manque d'air dû à l'étroitesse des rues et à la promiscuité des logements, ainsi que l'humidité d'infiltration résidentielle sont dominants dans le discours des personnes interviewées. La question de la (mal)propreté dans les espaces de vie publics que sont entre autres les rues et les trottoirs est également largement soulevée. Elle renvoie surtout à des conduites que nous qualifions d'inciviques : déjections canines, détritrus, dépôts clandestins. L'environnement, c'est aussi la nature avec ses espaces verts aménagés et la présence

des animaux de villes. Nous avons signalé que la végétation est relativement peu présente dans le quartier : la plupart des personnes interviewées y ont exprimé un manque. Le discours autour des animaux de ville est relié à une surabondance de certaines espèces. L'environnement a aussi été présenté par quelques-uns de nos répondants comme une sorte de « décor » qui nous entoure. Il fait prioritairement référence à la présence de plusieurs vestiges historiques. Ces catégories représentationnelles de l'environnement que nous avons identifiées croisent en de nombreux points celles construites par Sauvé (1997 ; Sauvé et Garnier, 2000). Mais aussi, tout comme pour le quartier Pointe-Saint-Charles, l'environnement a été abordé comme « déterminant de la santé ». Cette catégorie représentationnelle de l'environnement se retrouve dans toutes les autres catégories que nous avons identifiées.

Dans la deuxième section, nous nous sommes penchés sur les représentations de la santé chez nos répondants. La conception dominante de la santé fait référence à son opposition à la maladie. Notre recherche rejoindrait ainsi les données d'autres études (Herzlich, 2005, 1975 ; D'Houtaud, 2003), mais aussi notre étude de cas précédente. Tout comme pour le quartier Pointe-Saint-Charles, l'analyse du discours des personnes interviewées dans le quartier de la Samaritaine nous amène aussi à mettre au jour d'autres catégories représentationnelles de la santé. Rappelons-les brièvement : la santé, pivot de la vie ; la santé comme bien-être ou mal-être psychologique ou physique ; la santé, tributaire des ressources financières ; et la santé appréhendée comme une affaire personnelle. Enfin, la santé a également été présentée comme tributaire de la qualité de l'environnement.

Dans la troisième section, nous avons abordé la question des liens entre les différentes catégories représentationnelles de l'environnement et la santé. Dans le discours de nos répondants, la relation entre la santé et l'environnement « problème » est particulièrement précise. C'est ainsi que nous avons pu constater dans le discours de nos répondants que les problématiques environnementales, telles que la mauvaise qualité de l'air ou l'humidité résidentielle sont le plus souvent sources de maladie et nuisent au bien-être psychologique et/ou physique des personnes. Plusieurs maladies semblent d'ailleurs directement reliées à des problèmes environnementaux : c'est le cas,

entre autres, de l'asthme que les personnes associent surtout à l'humidité de leur logement. Nos répondants ont également signifié l'existence de liens étroits entre l'environnement « nature » et la santé. Les espaces verts sont ainsi perçus comme pouvant être bénéfiques pour la santé (santé comme bien-être psychologique). Les liens entre la santé et l'environnement « espace de vie public » ou l'environnement « décor » nous paraissent plus diffus.

Comme pour le quartier Pointe-Saint-Charles, nous avons modélisé la relation entre les représentations sociales de la santé et les représentations sociales de l'environnement. Notre figure 9 s'inspire du principe du « casse-tête » (puzzle). Elle synthétise les principaux éléments du discours de nos répondants concernant les liens entre la santé et l'environnement. Ces éléments sont regroupés dans quatre quadrants en fonction de la qualité de l'environnement et les bienfaits pour la santé. Certains éléments de représentation plus importants sont mentionnés en lettre majuscule. Nous avons aussi tenté de rapprocher les éléments entre eux. Une telle démarche n'est cependant pas évidente, car elle ne rendrait pas compte de la complexe réalité phénoménologique étudiée et des multiples interactions.

Nous avons vu que les personnes interviewées dans le cadre de notre recherche font le lien entre la santé et l'environnement. L'ensemble de leurs discours occupe soit le quadrant 2 qui est caractérisé par un environnement de qualité (environnement positif) et un ensemble de bienfaits pour la santé (santé positive) ou soit le quadrant 3 qui lui est opposé (environnement négatif et santé négative). La dynamique sociale et communautaire dans la vie du quartier ainsi que les espaces verts occupent une place importante dans le quadrant 2 de notre figure. Le quadrant 3 est surtout marqué par des problématiques environnementales et quelques difficultés sociales qui ont été mises de l'avant par nos répondants. En lien, on retrouve dans ce même quadrant les catégories représentationnelles dominantes de la santé : la santé en opposition à la maladie, la santé comme bien-être psychologique et/ou physique. Une telle figure nous semble innovante. Elle est similaire en de nombreux points avec celle que nous avons élaborée pour le quartier Pointe-Saint-Charles. Elle permet de visualiser la complexité de la dynamique relationnelle entre la santé et l'environnement.

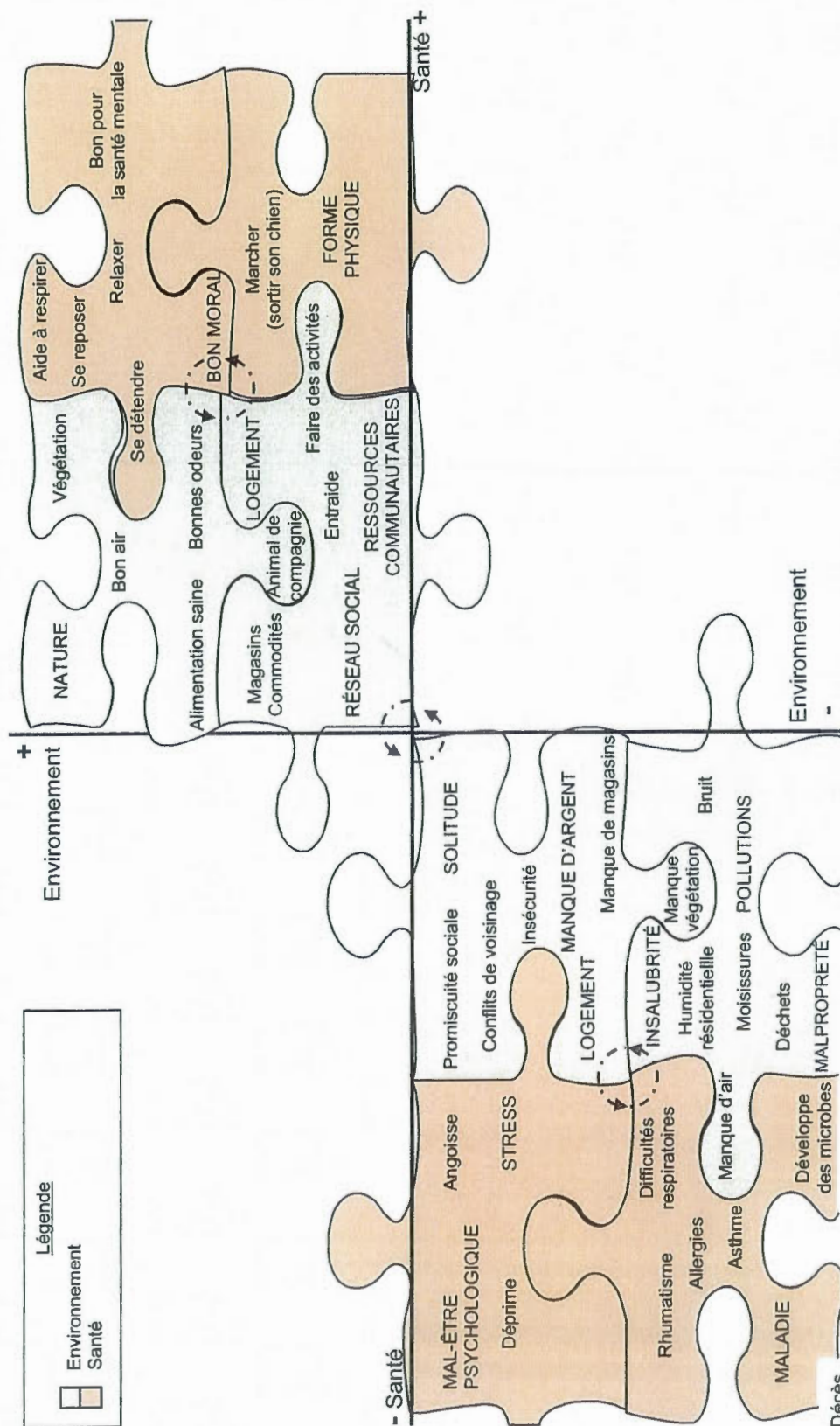


Figure 9 : Principaux éléments du lien entre la santé et l'environnement - Quartier de la Samaritaine

CHAPITRE VI

DISCUSSION GÉNÉRALE

Rendre compte des difficultés que nous avons rencontrées, c'est partager les moyens d'en faire quelque chose dans la création d'une relation de confiance avec les [personnes], des possibilités de dresser quelques ponts d'échange entre « elles » et « nous ».

[Adapté de Hoggart, 1976⁸⁸, cité par Clair, 2009].

Cette recherche porte sur les représentations sociales de la santé, de l'environnement et des liens entre les deux. Elle est de nature qualitative et exploratoire : elle ouvre sur de nouveaux questionnements. Nous avons ancré notre collecte de données dans deux quartiers urbains auprès de populations défavorisées : le quartier Pointe-Saint-Charles à Montréal (Québec) et le quartier des Marolles à Bruxelles (Belgique). Rappelons que chaque quartier ayant sa spécificité (contextes social, culturel et environnemental), cela nous permet d'appréhender une plus grande diversité de phénomènes représentationnels. L'idée n'est pas ici de comparer les deux cas dans une perspective évaluative, mais de saisir les similitudes et les contrastes à travers le caractère idiosyncratique de chaque cas.

À partir d'entrevues en profondeur auprès de dix adultes défavorisés vivant dans chaque quartier urbain ciblé et d'une d'entrevue de groupe pour chacun des deux cas étudiés, nous avons pu identifier les éléments représentationnels et saisir la structure d'organisation de ceux-ci en ce qui concerne les liens entre la santé et l'environnement de proximité. Nos répondants sont tous des adultes qui reçoivent l'aide sociale. Ils sont porteurs d'un bagage culturel, de valeurs et de normes. Nous avons vu qu'ils interagissent et communiquent entre eux. Ils fréquentent la plupart du temps les mêmes organisations, que ce soit la banque alimentaire du quartier, le restaurant social ou encore l'antenne médicale. Le quartier de Pointe-Saint-Charles à Montréal et le quartier

⁸⁸ Hoggart, R. (1976). *La culture du pauvre : Étude sur le style de vie des classes populaires en Angleterre*. Paris : Édition de Minuit, 3^e édition (traduction française).

de la Samaritaine à Bruxelles constituent chacun « un espace construit socialement » (Fischer, 1997, 1992).

Le terme « social » n'est pas ici un attribut facultatif, mais une spécificité, une dimension centrale : tout environnement humain est social dans sa structure même, car il est le produit d'interventions qui détermine l'espace dans lequel nous sommes comme environnement façonné culturellement. (Fischer, 1992, p.14).

C'est en tenant compte de l'apport du social dans la façon dont les gens considèrent leur environnement et la santé que l'on peut parler de représentation sociale. Les représentations de l'environnement et de la santé déterminent les interactions des individus dans leurs interactions avec leur milieu de vie comme ces interactions transforment à leur tour les représentations.

Dans ce chapitre, nous allons mettre en évidence dans un premier temps, les difficultés méthodologiques que nous avons connues dans le déroulement de notre recherche. Dans un deuxième temps, nous discutons les résultats en mettant en parallèle les deux lieux d'ancrage de notre recherche. Dans un troisième temps, nous ouvrons la réflexion sur de nouvelles pistes d'interventions éducatives relative à la santé, à l'environnement et aux liens entre les deux. Enfin, nous terminons ce chapitre en proposant de nouvelles questions de recherche.

6.1 Discussion méthodologique

Signalons d'abord que la méthodologie, inspirée d'une approche ethnologique, s'est avérée appropriée. Les entrevues nous ont offert une riche matière à observer, permettant de saisir plus que des idées ou de règles, mais de saisir la réalité des personnes à travers des bribes de leur vie. Toutefois dans cette section, nous allons discuter des enjeux auxquels nous avons été confrontées en cours de route, des enjeux méthodologiques relatifs à la collecte de données dans un tel contexte de recherche : la planification des rencontres, la communication et l'usage de notre guide d'entretien. Nous allons également identifier et discuter de certaines limites de notre recherche dont celle liée au recrutement de notre population cible.

6.1.1 Des rencontres difficiles à planifier

En ce qui concerne l'organisation de nos entrevues, plusieurs rendez-vous ont dû être reportés. Ces rendez-vous « manqués » ont été d'une grande occurrence - presque une fois sur deux - au point de s'imposer progressivement comme « une norme » qui amène des adaptations constantes dans l'horaire du chercheur. De nombreuses raisons peuvent être évoquées pour ces rendez-vous « manqués ». Nous pourrions dire que l'inactivité professionnelle, les difficultés sociales, la fragilité de l'état de santé ou encore la « déprime » influencent l'organisation des journées des répondants. Aucune des personnes rencontrées ne possédait un agenda. À quelques reprises, nous avons donné un « papier » avec la date et le lieu de la rencontre, mais ce « papier » rejoignait le lot des autres « papiers » glissés le plus souvent dans une poche. Certaines personnes semblent avoir une faible maîtrise du temps. À titre d'exemple : un rendez-vous avait été fixé un mardi matin ; la personne n'est pas venue pensant que c'était le lundi. Le temps est rythmé par les activités de « survie » hebdomadaire. Une des personnes rencontrées nous dit que le mercredi, c'est sa grande sortie. Elle se déplace pour aller à la banque alimentaire.

Il fut aussi parfois difficile de recontacter certaines personnes : coupure de téléphone ou absence de répondeur téléphonique, par exemple. De plus, les personnes rencontrées semblent parfois prises par la récurrence de problèmes de santé. Plusieurs d'entre elles ont dû annuler la rencontre ou la reporter, car elles ne se sentaient pas « en forme ». Pour quatre de nos répondants, le poids des tâches domestiques ou l'octroi d'une petite activité rémunérée, a obligé le chercheur à devoir reporter la date de la rencontre.

Certains de nos répondants arrivent avec un retard important et ont des contraintes temporelles qui influencent la durée de nos rencontres. C'est ainsi que dans le quartier Pointe-Saint-Charles, plus étendu que le quartier de la Samaritaine à Bruxelles, le temps de déplacements effectués dans tous les cas à pied peut aussi amener les personnes à arriver en retard ou à renoncer sans nécessairement prévenir le chercheur. Nous avons tenté de contrer cet obstacle en fixant la rencontre dans un lieu proche du domicile de la personne et surtout un lieu que la personne fréquente afin de créer un climat plus rassurant. Ainsi, dans chaque quartier, dans la mesure du possible, les rencontres ont

été organisées en fonction des activités des répondants : le jour de la distribution alimentaire à la Maison du Partage d'Youville, lors d'une activité au Carrefour d'éducation populaire, autour du repas au restaurant communautaire de la Samaritaine ou dans les locaux de l'antenne médicale du quartier. Nous sommes conscients que certaines informations collectées ont peut-être été influencées par le lieu où se sont déroulées les entrevues. Rencontrer les personnes dans les locaux de la banque alimentaire qu'elles fréquentent a sans doute induit la personne à mettre davantage l'accent sur l'alimentation.

Sans entrer dans les détails techniques, nous avons chaque fois amené la personne à définir avec le chercheur le lieu pour réaliser l'entrevue : nous n'avons pas imposé un endroit. Nous n'avons jamais demandé une rencontre pour entrevue au domicile de la personne, ce qui aurait pu créer des difficultés au regard de conditions de logements particulièrement dégradés. Aussi, cela aurait pu conduire au refus de participer. Cependant, dans un cas (quartier de la Samaritaine - Bruxelles - Belgique), j'ai été invité en tant que chercheur à visiter le logement après l'entrevue. Il s'agit là sans doute d'un signe de confiance manifesté à mon égard. Dans un autre cas (quartier de la Samaritaine - Bruxelles - Belgique), la personne a proposé d'elle-même que la rencontre se fasse chez elle. Il a été ainsi possible de constater l'état de délabrement du logement : peinture écaillée, plafonds défraîchis par le temps et la fumée de cigarette, revêtement au sol détérioré, etc., et le manque d'hygiène et de propreté. De nombreuses bouteilles d'alcool traînaient sur la table et sur le plancher, des déchets de nourriture se trouvaient sur le comptoir. Dans le second logement, plus ordonné, la personne insistait beaucoup sur « ses réserves alimentaires » en nous montrant son réfrigérateur rempli.

Enfin, nous noterons que le chercheur a contacté personnellement plusieurs personnes qui n'ont pas accepté de participer à nos entrevues (7 personnes pour le quartier de la Samaritaine et 11 personnes pour le quartier Pointe-Saint-Charles). Ces formes de « non-recevoir » peuvent sans doute être analysées comme une résistance à la dimension intrusive de l'enquête, réactions que nous considérons comme d'autant plus légitimes que les situations de défavorisation peuvent affecter la dignité sociale de la personne. Quelques personnes, après avoir donné leur accord oral pour une entrevue individuelle, ont changé d'avis. Enfin, deux personnes dans le quartier Pointe-Saint-

Charles (Québec) ont été rencontrées, mais lors de l'entrevue, il s'est avéré qu'elles ne répondaient pas à nos critères de départ.

Cependant, en dépit de l'ensemble des difficultés évoquées ci-dessus, nous avons pu mener à bien dix entrevues dans chacun des deux quartiers, ainsi qu'une entrevue de groupe par quartier.

6.1.2 Des obstacles à la communication

Globalement, nous avons pu constater un niveau de langage très factuel et relativement peu descriptif, à l'exception du discours autour du logement. Certaines personnes avaient de la difficulté à comprendre certains mots utilisés dans nos questions, comme le mot « environnement ». Il a donc été nécessaire d'adapter l'entrevue en fonction de chaque individu et du groupe. Plusieurs des personnes rencontrées ont de la difficulté à comprendre un langage plus abstrait ; elles utilisent un vocabulaire peu précis ou encore, un mauvais mot pour exprimer ce qu'elles veulent dire. Il a fallu aussi souvent prendre le temps de recentrer les participants sur le sujet, cela au risque de perdre des informations plus spontanées.

Nous noterons que pour notre population cible, la prise de parole et la verbalisation ne sont pas nécessairement des activités allant de soi. La « présentation de soi » (Goffman, 1973) et plus encore l'« exposition de soi » (Dubois, 1999) ne paraissent pas évidentes pour les populations défavorisées. Ainsi, les travaux de Cohen et Larguèze (2001) soulignent que des entretiens avec des personnes défavorisées ne présentent parfois qu'un ensemble de données factuelles et souvent lacunaires, alors que d'autres relèvent d'un véritable récit de vie. Les personnes qui se racontent le mieux sont les plus scolarisées (Cohen et Larguèze, 2001). Il apparaît donc qu'il peut exister des conditions sociales spécifiques à la prise de parole dans le cadre particulier d'un entretien approfondi. Nous reconnaissons que le contenu de nos entretiens présente principalement un ensemble de données factuelles basées sur des témoignages et des exemples. Nous pensons cependant qu'il est important d'accorder reconnaissance et valeur à ce genre discours tenu par des personnes qui sont souvent mises en marge de

la société. C'est sans doute à nous de devoir nous y adapter et d'accorder de l'importance à leurs discours.

Quelques personnes interviewées ont des problèmes d'élocution majeurs ou des difficultés de parole et donc de compréhension. Tout en sachant que notre public cible est confronté à des difficultés sociales majeures, un questionnement éthique lié à l'intégration de ces personnes dans nos entrevues individuelles et de groupes pourrait se poser, car elles rendent la collecte de données plus ardues. Cependant, il nous semble difficile d'exclure de notre population défavorisée des participants sous le seul prétexte qu'ils auraient des difficultés d'expressions langagières importantes. Les propos tenus par un de nos répondants illustrent cela :

Vous savez ici beaucoup de gens dans le quartier ne m'aiment pas. Ils ne me comprennent pas. Ils disent que je parle mal. Je sais que je parle mal. Mais, ce n'est pas ma faute. (Pierre)

Cette difficulté fait partie des embûches inhérentes liées au public que l'on rencontre. Les personnes sont très peu scolarisées et souvent analphabètes. Elles font face à de nombreux problèmes pour affronter la vie quotidienne. On observe que celles-ci se sentent souvent valorisées en participant à ce genre de recherche, car on leur donne un espace de parole sur un sujet déterminé et on les reconnaît comme une sorte d'« expert ». Elles ne se sentent pas exclues. Cependant, il faut bien reconnaître que cela rend la tâche du chercheur plus compliquée. Face à des difficultés d'élocution de la personne qui se marque entre autres par l'incompréhension de certains mots, l'engagement du chercheur dans le cadre de l'entrevue implique une présence accrue et plus fine pour s'assurer d'une meilleure compréhension des questions et des thèmes traités. Aussi, la phase de retranscription est particulièrement difficile et « pénible ». Certains enregistrements ont dû être réécoutés à plusieurs reprises pour s'assurer que la retranscription du discours correspondait bien à ce que les personnes nous avaient dit.

Nous mentionnerons que toutes les entrevues (20 entrevues individuelles et 2 entrevues de groupes) ainsi que les retranscriptions intégrales ont été réalisées exclusivement par moi-même en tant que chercheur. Il s'agissait par là d'éviter une « mésinterprétation » pouvant être provoquée par une dissociation entre l'interviewer et l'interprète. Tous les

enregistrements ont été conservés afin de pouvoir y revenir à tous moments. De plus, l'ensemble des entrevues retranscrites a été remis aux deux directeurs de cette thèse.

6.1.3 Des entrevues liées au contexte individuel

Un guide d'entretien a été préparé. Or, un tel outil peut changer la relation de la rencontre et influencer le rapport entre le chercheur et la personne interviewée. Ce guide d'entretien confère notamment un caractère plus officiel et presque « protocolaire » à la situation d'entretien. Le mode d'utilisation de ce guide et les effets sur l'entretien ne font pas souvent l'objet de discussions méthodologiques (Beaud, 1996).

Dès le début de chaque rencontre, nous avons signalé aux personnes le recours à ce guide d'entretien et précisé que le seul rôle de ce document est de nous assurer d'aborder l'ensemble des sujets. Le document a toujours été mis sur le côté de la table et jamais en face du chercheur. Ainsi, nous voulions éviter de donner l'impression de faire passer un simple questionnaire ce qui aurait amené des réponses très brèves et non approfondies. Nous avons dès lors tenté de créer un climat de confiance comme condition optimale pour libérer la parole de nos répondants : « il ne suffit pas de convaincre une personne de participer à la recherche et de créer un contexte qui lui permette d'être à l'aise dans la situation d'entretien. Encore faut-il qu'elle se sente assez en confiance pour accepter de vraiment parler » (Poupart, 1997 et coll., p. 190).

Malgré l'explication des engagements éthiques de notre recherche qualitative - comme la confidentialité des données, l'anonymat et l'analyse globale des résultats, etc. -, les entrevues individuelles et de groupes menées auprès des personnes défavorisées ont suscité des craintes chez certains de nos participants.

Mais, il y a une chose que je dois te dire. Chez moi, on parle. Mais, si je n'ai pas envie de vous répondre, je ne vous répondrai pas. Ce sera « non ». (Pierre)

Une de nos répondantes, Nicole, s'assure à plusieurs reprises au cours de l'entrevue que le contenu de la discussion ne sera pas diffusé dans les journaux ou remis aux autorités de la Ville : « Vous n'êtes pas un journaliste parce que je ne réponds pas ».

Comme elle habite un logement insalubre, elle risque à tout moment de se retrouver dans la rue. L'acquisition de la confiance n'est dès lors pas évidente et va dépendre de l'histoire de chacun de nos répondants. Si elle peut être gagnée très rapidement avec la majorité de nos répondants, d'autres au contraire affichent une certaine méfiance.

Malgré ces précautions d'usage, l'utilisation de ce guide d'entretien a placé certaines personnes dans une position de répondant à une série de questions qui peuvent parfois paraître fastidieuses. Une des personnes rencontrées terminait régulièrement ses réponses par « question suivante » ou « on continue ». Une autre nous dit :

Je pense avoir dit l'essentiel. Mais, je trouve que certaines de tes questions sont difficiles. C'est beaucoup la même chose, mais différemment. (Ginette)

Dans la majorité des cas, l'entretien - sans perdre le fil conducteur - s'est transformé en une sorte de longue conversation ou s'enchaîne un ensemble d'idées qui nécessite une grande disponibilité d'écoute de la part du chercheur. Certaines de nos entrevues ont duré plus de trois heures. La plupart de nos rencontres ont duré deux heures. L'inscription dans un temps long permet d'approfondir et d'explorer au mieux les sujets. Les personnes parlent longuement de leur vie. Nous pouvons constater qu'il est aussi plus facile pour elles de parler du quartier et de leur vie que de discuter d'un sujet plus intime comme celui de la santé.

Toutes les entrevues ont été enregistrées avec l'accord des participants. La plupart des personnes interviewées ne souhaitent pas que le chercheur puisse prendre des notes durant l'entrevue. Cela a certes l'avantage de monopoliser l'attention sur la conduite et le contenu de l'entretien ainsi que de conditionner la qualité de l'écoute. Mais, une des raisons évoquées par un de nos répondants analphabètes est notamment le manque de contrôle sur ce que l'interviewer écrit. Nous pourrions résumer ce positionnement par : « je sais ce que je dis ; je ne sais pas ce que tu écris ».

Rappelons que nous avons également organisé deux **entrevues de groupes** avec les personnes rencontrées précédemment. Pour l'organisation de ces entrevues de groupes, il a été difficile de réunir les personnes dans un lieu et à un moment convenu.

Plusieurs ne souhaitaient pas y participer ; d'autres ne se sont pas présentées. Malgré ces difficultés, nous avons réuni quatre personnes dans chacun des deux quartiers. Pour le quartier de la Samaritaine (Bruxelles, Belgique), deux personnes sont venues au rendez-vous qui avait été fixé quelques jours d'avance ; deux autres ont été recrutées par la travailleuse sociale. Cette dernière a rencontré personnellement toutes les personnes le matin même pour les réinviter à participer.

L'entrevue de groupe dans le quartier Pointe-Saint-Charles (Montréal, Québec) a été organisée autour d'un petit déjeuner dans les locaux de la Maison du Partage d'Youville. Cette association est connue et fréquentée par la majorité des personnes. Dans le quartier de La Samaritaine, elle a eu lieu dans les locaux de la Maison de quartier.

D'emblée, nous avons constaté lors de nos entrevues de groupe que les opinions des participants semblent peu s'influencer mutuellement : les quelques nouvelles idées émises suscitent souvent l'accord immédiat des autres personnes. Les points de vue ne semblent pas s'opposer, très peu de contradictions apparaissent. Certaines personnes sont plus effacées que d'autres. Le fait que tout le monde se connaît et se côtoie au sein du quartier explique peut-être une certaine gêne des participants. Les personnes évitent ainsi la confrontation des idées. La collecte des informations concernant des sujets plus intimes, comme la santé, a été très difficile à aborder durant nos entrevues de groupe. Souvenons-nous que lors des rencontres individuelles, plusieurs de nos répondants avaient insisté sur la dimension très personnelle de la santé : « La santé, c'est personnel ».

Nous pouvons aussi mettre en évidence une similitude de fonctionnement concernant chacun des groupes en raison sans doute des caractéristiques sociales des individus qui les composent et du contexte de proximité dans la vie du quartier. Ces deux entrevues de groupes ont offert, somme toute, peu de possibilités pour faire émerger des idées nouvelles sur notre objet de recherche et ainsi enrichir les résultats de nos entrevues individuelles. Par contre, elles ont permis de valider certains contenus recueillis lors de nos entrevues individuelles.

6.1.4 Limites de notre étude

Nous avons déjà évoqué quelques limites de cette recherche au chapitre III. L'une de celles-ci est liée à la stratégie de recrutement des participants, qui a conduit à la prépondérance de personnes utilisant certains services communautaires du quartier comme les banques alimentaires et, ou les restaurants sociaux. En effet, la grande majorité des personnes ont été rencontrées par l'intermédiaire de travailleurs sociaux impliqués dans certaines de ces associations dans les quartiers. Aussi, l'absence de personne fréquentant des organismes à caractère environnemental comme l'Éco-quartier dans Pointe-Saint-Charles explique sans doute certains résultats obtenus dans notre étude concernant le rapport à l'environnement. Le nombre de personnes utilisant les services des banques alimentaires dans le quartier Pointe-Saint-Charles notamment, a donné de nombreuses informations sur l'usage de ce service et sur l'alimentation. Il se peut dès lors que le discours de nos répondants ne soit pas représentatif de la majorité des personnes défavorisées des quartiers dans lesquels nous avons ancré notre recherche.

Avec dix entrevues individuelles et une entrevue de groupe par quartier, il faut reconnaître la limite de la portée de nos résultats. Aussi, il convient de désamorcer toute velléité « implicitement quantitative » (Beaud, 1996). En effet, « la force heuristique de l'entretien sociologique tient [...] à sa singularité que le sociologue peut faire fonctionner comme cas limite d'analyse » (Beaud, 1996, p. 233). Dans cette recherche, nous avons travaillé sur le contenu des entrevues en adoptant une approche ethnologique. Nous avons ainsi tenté de rendre compte de la diversité, du détail et de la richesse foisonnante de la réalité étudiée. Nos deux études de cas visent à produire des résultats transposables, reproductibles (mais non généralisables) dans des contextes similaires.

Malgré ses limites, cette recherche offre des résultats intéressants en vue de poursuivre l'étude des représentations relatives à la santé, à l'environnement et aux liens entre les deux chez des personnes défavorisées et de développer des pistes d'action spécifiques en éducation relative à la santé, à l'environnement et, ou à la santé environnementale.

6.2 Discussion des résultats

Nous abordons cette section en mettant en relation nos deux lieux d'ancrage de la recherche : le quartier Pointe-Saint-Charles (Montréal, Québec) et le quartier de la Samaritaine (Bruxelles, Belgique). Rappelons qu'en nous inscrivant dans une démarche de type ethnographique et en ciblant deux points d'ancrage (deux cas) pour notre collecte de données, nous ne visions pas la comparaison entre les quartiers. Il s'agissait pour nous d'explorer plus largement le champ des représentations sociales au sein de ce type de population (diversité d'éléments de représentation). Nos entretiens sont contextualisés et liés à un « espace commun de coexistence ». Le contexte offre une aire de compréhension et de mise en signification des phénomènes représentationnels qui prennent source dans la communauté.

Nous discutons ci-dessous les résultats de cette recherche concernant la relation que les personnes entretiennent avec leur environnement de proximité, leurs représentations de la santé et des liens entre les deux. Pour chacun des points de cette discussion, nous mettons en évidence des traits de similitude et/ou de contraste entre les deux sites où nous avons ancré notre collecte de données. Examinons maintenant la signification et la portée des résultats obtenus à la lumière de la littérature consultée afin de mieux saisir le spectre des divers éléments représentationnels dans un tel type de contexte

6.2.1 Les représentations sociales de l'environnement

Souvenons-nous que lors de nos entrevues individuelles et de groupes, nous avons voulu connaître dans un premier temps les rapports qu'entretiennent les habitants avec leur environnement de proximité : quartier, rue, logement. À partir des réponses à plusieurs questions ouvertes : Parlez-moi de votre quartier ? Êtes-vous satisfait de votre quartier ? Serait-il possible d'améliorer la qualité de vie dans votre quartier ?, etc., il s'agissait de mettre au jour le mode d'habiter des personnes défavorisées que nous avons interviewées, leurs perceptions du quartier ainsi que les déterminants qui sous-tendent les divers rapports socio-écologiques qu'elles entretiennent avec celui-ci.

Dans cette partie de notre discussion nous allons essentiellement faire une synthèse de nos observations mettant en parallèle les deux lieux où nous avons ancré notre collecte de données et mettre en évidence les interactions entre les différents éléments de représentation que les personnes interviewées ont de leur environnement. Notre intention n'est pas de comparer le quartier Pointe-Saint-Charles et celui de la Samaritaine. La comparaison fait en effet référence à des critères d'évaluation. Notre objectif n'est pas de situer un cas par rapport à l'autre, mais de mettre à profit les contraires et similitudes pour élargir notre réflexion sur les réalités phénoménologiques étudiées.

Dans cette recherche doctorale, nous avons mis en évidence six catégories représentationnelles de l'environnement de proximité : 1) l'environnement socio-communautaire, 2) l'environnement « problème », 3) l'environnement nature, 4) l'environnement « espace de vie public », 5) l'environnement « décor » et 6) l'environnement « déterminant de santé ». Cette catégorisation rejoint en partie celle des travaux menés par Sauvé (2000, 1997) et intègre des éléments d'une approche psychosociale.

Notre point d'ancrage a été le quartier. Celui-ci se définit principalement par ses caractéristiques physiques, socio-économiques et historiques. Il nous faut mettre en évidence quelques différences et similitudes entre nos deux sites étudiés, car cela peut expliquer certaines divergences dans la manière dont les personnes perçoivent et vivent leur environnement de proximité.

Nos deux quartiers se différencient d'abord par le contexte de leurs limites territoriales. Comme nous l'avons mentionné au chapitre 4, le quartier Pointe-Saint-Charles (Montréal, Québec) se dessine comme une unité avec des limites physiques et naturelles précises : canal Lachine, fleuve Saint-Laurent, autoroute et ancienne gare ferroviaire de triage. Pour sa part, le quartier de la Samaritaine (Bruxelles, Belgique) ressemble plus à un espace vécu et à l'image d'un îlot composé de quelques rues très étroites, relativement proche du centre-ville. Il n'y a pas de frontières naturelles ; le territoire est comme « encarté », « intercalé », dans le grand quartier « administratif » des Marolles, tout en restant différencié. Il ne se confond pas avec le tout de cette zone

urbaine; il s'en singularise. Ainsi, la dimension et la configuration des deux lieux ciblés dans notre thèse les distinguent aussi.

De part et d'autre, la population est essentiellement défavorisée et réside au même endroit depuis longtemps. D'ailleurs, la littérature consultée tend à mettre en évidence une polarisation spatiale des populations selon leurs revenus dans la plupart des grandes villes : les individus ne sont pas aléatoirement dispersés dans l'espace. Autrement dit, certaines règles de peuplement déterminent la stratification sociale de l'espace et les personnes les plus défavorisées se retrouvent le plus souvent dans une même aire géographique (Pan Ké Shon, 2005 ; Marpsat, 2008 ; Ortalda et Bigôt, 2000 ; Maison et Ortalda, 1998 ; Dandurant et Quellette, 1994). De même, l'entourage familial semble aussi façonner les territoires (Maison et Ortalda, 1998 ; Dandurant et Quellette, 1994). C'est ainsi que plusieurs de nos répondants dans le quartier Pointe-Saint-Charles ont des membres de leur famille (parent, frère et sœur, enfant) qui résident à proximité de chez eux. Cette concentration de population défavorisée dans chacun des deux territoires peut aussi sans doute être mise en parallèle avec le nombre élevé de logements sociaux ou la présence de coopérative de logement ; le « parc social » est devenu la principale destination finale des personnes en situation de pauvreté (Marpsat, 2008). De part et d'autre, la presque totalité des personnes que nous avons interviewées occupe de tels logements. Seulement deux de nos répondants à Pointe-Saint-Charles et un seul dans le quartier de la Samaritaine louent un logement dans le « parc privé ». Les résidents de chaque quartier rencontrés lors de nos entrevues individuelles semblent dès lors partager un même statut social résidentiel. Nous avons observé que cette ressemblance sociale s'exprime très clairement dans le discours de nos répondants de Pointe-Saint-Charles : « On se ressemble ». Elle est plus discrète dans le discours des personnes du quartier de la Samaritaine.

Les discours tenus par les habitants de Pointe-Saint-Charles et ceux de la Samaritaine expriment largement l'appropriation du lieu dans une sorte de rapport fusionnel où l'histoire individuelle et familiale joue un grand rôle : « C'est comme un village », « C'est mon quartier », « Je suis du quartier », « J'aime mon quartier », « Le coin où j'aime vivre est ici ». Plusieurs de nos répondants sont nés dans leur quartier ou à proximité. Cependant seul le lieu de naissance ne suffit probablement pas pour saisir le lien qui les

unit à cet espace de vie quotidien. Pour la plupart d'entre eux, ce lien dépend donc de l'enracinement familial dans la région (Maison et Oratalda, 1998 ; Dandurant et Quellette, 1994). Les personnes donnent ainsi la sensation d'avoir une relation affective avec leur quartier et la conscience que celui-ci représente un peu de soi, un peu de son identité. En fait, ces deux lieux pourraient sans doute être vu comme des sortes de « biotope », pour reprendre un terme écologique, impliquant certaines formes particulières d'organisations sociales, certains types de consommation, de conduites, mais encore conditionnant dans une large mesure les représentations que les personnes se font d'elles-mêmes et de leur environnement. Les personnes que nous avons rencontrées correspondraient à un groupe d'habitants qu'il qualifie d'« enracinés »⁸⁹. La perception du lieu de résidence de ces habitants est nettement positive. Les personnes interviewées, peu importe le quartier, paraissent « globalement satisfaites » de la vie de leur quartier. Elles exposent explicitement l'importance du quartier comme élément de bien-être, l'attachement au lieu, la volonté de ne pas déménager. Pour le sociologue Pan Ké Shon (2005), les personnes défavorisées se situent d'ailleurs le plus souvent dans cette catégorie des « enracinés ». Nous pourrions expliquer en partie cela par les relations amicales, familiales et le déroulement de l'histoire personnelle des habitants dans leur quartier. Avec le temps, les personnes se connaissent. Elles ont aussi développé leurs repères dans le quartier. Cet enracinement implique ou est le résultat d'une immobilité résidentielle liée entre autres à l'occupation de logements sociaux qui sédimente des liens relationnels entre les personnes et crée avec le temps une histoire personnelle ancrée dans le lieu. Pour la plupart de nos répondants, leur espace de vie est relativement sécuritaire malgré l'expression de quelques craintes.

L'analyse du discours des habitants de chaque quartier nous montre également que leur appréciation est de nature hétérogène, faisant apparaître à certains égards une posture paradoxale. La notion de « représentations paradoxales », mise de l'avant par Moscovici (2003 ; 1996) nous semble propice à expliquer le phénomène qui peut être observé, une

⁸⁹ Jean-Louis Pan Ké Shon (2005) a établi une typologie des représentations des habitants de leur quartier : les « avantagés » mettent l'importance sur les offres d'activités dans des quartiers, les « enracinés » développent une relation fusionnelle avec leur lieu de vie, les « globalement satisfaits » sont moins typés, les « repliés » se plaignent de l'isolement aussi bien relationnel que spatial et du manque d'activité, les « non-investis » expriment leur manque d'attachement au quartier et les « insécures » sont confrontés aux nuisances et à l'insécurité.

telle notion faisant référence à la coexistence de mouvements contraires. Nous avons pu ainsi observer que plusieurs de nos répondants se plaignent de leurs conditions de résidence pour des raisons diverses tels que l'absence de service ou encore le manque d'espace vert. Nous expliciterons ce constat ci-dessous.

Enfin, pour chacun des deux quartiers où nous avons ancré notre collecte de données, il s'agit d'un espace objectivé qui se distingue de la trame urbaine par un nom et surtout par une histoire particulière comme nous l'avons indiqué au chapitre 4. Si le quartier Pointe-Saint-Charles est imprégné par une « culture⁹⁰ ouvrière » liée à son passé industriel relativement récent, celle-ci est moins présente - voire absente - dans le quartier de la Samaritaine qui est surtout marqué historiquement par une « culture de pauvreté ». L'histoire du lieu semble ainsi occuper une place particulière dans le mode de vie des populations locales et leurs manières d'appréhender le rapport à leur environnement de proximité. À ce sujet, nous pouvons noter que le discours des personnes que nous avons interviewées à Pointe-Saint-Charles est ponctué par des termes mobilisateurs : « se mobiliser », « se battre ». Ces mots sont totalement absents du discours des résidents que nous avons rencontrés lors de nos entretiens dans le quartier de la Samaritaine. Les personnes donnent d'ailleurs l'impression d'être davantage dans une attitude d'assisté, d'impuissance. Nous avons illustré ce phénomène notamment par une sorte de déresponsabilisation en ce qui concerne la propreté des rues et l'entretien des espaces publics.

Ces premiers constats montrent l'importance de prendre en compte le contexte local pour mieux appréhender les réalités phénoménologiques que nous étudions.

Dans les deux cas étudiés, c'est l'environnement dans sa dimension sociale et communautaire qui prime. L'espace dans lequel vit une personne est partie prenante de la construction de sa représentation de l'environnement (Fischer et Dodeler, 2009) et de son rapport à celui-ci. Cette primauté de l'environnement social et communautaire tant pour le quartier Pointe-Saint-Charles que celui de la Samaritaine pourrait s'expliquer par l'identité de lieu. En effet, si l'on se pose la question « qui nous sommes ? », les réponses

⁹⁰ La culture est un ensemble de manières de penser et d'agir plus ou moins formalisé et partagé par une pluralité de personnes, par une collectivité.

seront souvent étroitement liées à celle de la question « où sommes-nous ? » (Dixon et Durrheim, 2000) et donc à notre environnement immédiat. Dans nos deux quartiers, les interactions agréables avec les amis, les parents, les voisins contribuent au bien-être des individus. Lorsque les relations de voisinage sont harmonieuses, c'est toute la qualité de vie du quartier qui en est améliorée (Pan Ké Shon, 2005).

Dans les deux quartiers, nos répondants disent entretenir des rapports interpersonnels de solidarité et d'entraide, tout en se plaignant paradoxalement de leur isolement relationnel. Nous avons remarqué que la plupart des personnes interviewées habitent seules. Les relations sociales se fondent alors sur le réseau amical. Mais, il nous semble aussi que la question de la « relation avec les autres » peut avoir également une forme de « relation aux autres » sans contact direct et ainsi susciter un sentiment de cohésion sociale qui se traduit par « on se connaît », tout en maintenant l'isolement (Pan Ké Shon, 2005 ; Allen et coll, 2004).

Dans les deux cas, cet attachement au quartier repose en grande partie sur les liens tissés entre les personnes et cet espace de proximité, entre les personnes et les divers éléments composant leur environnement. En fait, l'endroit dans lequel nous vivons peut susciter ou freiner l'expression des comportements sociaux (Atkinson et Kintrea, 2001). Ces éléments d'insertion relationnelle locale, qu'ils soient de natures communautaires tels que le restaurant social du quartier ou les banques alimentaires vus comme des lieux de rencontres, ou qu'ils soient de natures individuelles, sont ressentis et identifiés par les habitants comme des composantes importantes de leur qualité de vie.

Dans les deux quartiers, les organismes communautaires traduisent une réalité significative non seulement sur le plan de la dynamique sociale, mais aussi sur celui de la réalité économique en répondant aux besoins des habitants. Ils comblent entre autres un manque de service et répondent à des besoins individualisés. Plusieurs études ont par ailleurs montré dans les quartiers les plus défavorisés, la difficulté d'accès à des supermarchés et, ou à des magasins de détail à pris compétitifs. La notion de « désert alimentaire » est utilisée par ces auteurs pour illustrer adéquatement de telles zones. Un lien avec le manque de consommation de fruits et légumes frais par les populations locales a d'ailleurs pu être mis en évidence (Combry et coll, 2007 ; Bertrand, 2006 ;

Séguin et Divay, 2002 ; Eisenhauer, 2001). Nous avons pu mettre en évidence ce constat dans le quartier Pointe-Saint-Charles. Dans le quartier de la Samaritaine, la situation nous apparaît moins tranchée.

La disponibilité d'un jardin pourrait exercer un effet positif sur la consommation d'aliments frais. Des potagers communautaires existent notamment dans le quartier Pointe-Saint-Charles. Nos répondants ne sont pas intéressés à s'investir dans de tels projets associatifs invoquant des raisons de santé, la chaleur estivale, le manque de savoir-faire horticole (« Je n'ai pas la main verte »). Signalons au passage que de tels jardins collectifs peuvent également être envisagés pour favoriser les contacts sociaux et la cohésion sociale (Groenewegen, 2006). Les quelques personnes dans le quartier de la Samaritaine qui ont un jardin à leur disposition ne l'investissent pas. Les rares espaces verts collectifs partagés par les habitants de logements sociaux sont désinvestis par les résidents et pris en charge par les employés de la Ville qui en assurent l'aménagement et occasionnellement l'entretien. Ce non-investissement serait fréquent dans les quartiers défavorisés ou les personnes résident surtout dans des logements sociaux (Pan Ké Shon, 2005).

Les deux quartiers se caractérisent également de manière par des nuisances environnementales - environnement « problèmes » - faits surtout de pollution et de malpropreté. Certaines problématiques sont néanmoins plus contextuelles que d'autres. C'est le cas par exemple des terrains contaminés dans le quartier Pointe-Saint-Charles lié au passé industriel ou encore de l'humidité dans de nombreux logements du quartier de la Samaritaine lié probablement à la nappe phréatique affleurante. Comme nous l'avons signalé précédemment lors de notre analyse de chacun des cas au chapitre 5, l'environnement est vu comme source de problèmes qui renvoie parfois à des attitudes d'inquiétudes et d'insatisfactions : une inquiétude qui touche la vie quotidienne des personnes et leur santé, une certaine insatisfaction sur son propre cadre de vie quotidien.

La préoccupation majeure des personnes, peu importe le quartier, concerne la qualité de l'air. Celle-ci est de part et d'autre considérée comme importante pour la qualité de vie des résidents dans chaque quartier.

À ce jour, quelques rares études ont été menées sur la perception subjective de l'exposition à la pollution atmosphérique et les effets ressentis de celle-ci chez les personnes (Annesi-Maesano, 2009). Ces quelques études ont par exemple été menées dans des lieux où les gens vivaient à proximité d'industries polluantes. Elles ont pour la plupart mis en évidence un sentiment de crainte élevée au sein des populations ciblées (Charles, 2007). Dans nos deux quartiers, la qualité de l'air est perceptible pour les personnes à travers deux des cinq sens : l'odorat et la vision. Les exemples cités spontanément par nos répondants renvoient la plupart du temps à des pollutions odorantes telles que les émanations des voitures. Cette pollution de l'air peut aussi devenir visible à certains moments : quelques-uns de nos répondants dans le quartier Pointe-Saint-Charles parlent de brume, alors que dans le quartier de la Samaritaine, ce sera la fumée émanant notamment des voitures. La poussière est également associée à la pollution.

Nos observations à partir du discours de nos répondants peuvent être recoupées par des études qui font état d'une telle prise de conscience sensorielle dans la perception subjective de la mauvaise qualité de l'air (Charles, 2007). Ils associent à la qualité de l'air la concentration de la source ou des sources présumées de pollution, comme la présence importante des voitures tant à Pointe-Saint-Charles que dans le quartier de la Samaritaine, ainsi que les effets observables. En fait, le nombre de véhicules, l'odeur et les fumées d'échappement sont considérés comme des marqueurs de cette pollution automobile de proximité. Ceux-ci pourraient sans doute être corrélés avec les concentrations des polluants mesurés (Charles, 2007 ; Oglesby et coll., 2000).

Une autre observation intéressante est le rôle de la configuration des lieux et de l'aménagement urbain dans la représentation que les individus se font de la qualité de l'air. Des corrélations entre l'organisation de l'espace urbain et le degré de pollution, autant à l'échelle de l'agglomération qu'à celle des différents quartiers ont pu être établie (Berry, 1974, cité par Sénégal, 2005). À la différence de Pointe-Saint-Charles qui est

plus aéré et verdoyant, les personnes du quartier de la Samaritaine se plaignent essentiellement du manque d'air dû à l'étroitesse des rues, à la promiscuité du bâti et à l'absence d'espace vert. Pour décrire de tels espaces, certains auteurs (Maignant, 2007 ; Guermond, 2005) utilisent d'ailleurs l'expression de « rue canyon » qui est marquée par une zone d'inertie plus faible ne permettant pas entre autres une bonne dispersion des divers polluants qui y restent enfermés. De plus, les « rues canyons » sont plus souvent propices au phénomène d'îlots de chaleur, critique en période estivale. De tels espaces semi-confinés posent donc des problèmes importants de santé publique surtout d'ordre respiratoire, asthme et allergies, mais aussi cardio-vasculaire (Deloraine et Ségala, 2001). Au contraire, des rues larges et/ou des rues avec des ouvertures d'espaces à la circulation atmosphérique permet une redistribution des flux de polluants et peut engendrer une diminution de concentrations (Maignant, 2007).

Pour réduire cette pollution, l'importance des espaces verts, parcs et arbres, a été largement mentionnée par les personnes des deux quartiers. Il est d'ailleurs reconnu que la végétation constitue une ressource vitale pour la société. Les arbres urbains sont indispensables pour assurer une bonne qualité de vie. Ils influent sur la qualité de l'air que nous respirons et constituent une protection contre la chaleur par le rafraîchissement de l'air ambiant (Health Council of The Netherlands, 2004).

La propreté occupe pareillement une place très importante dans le discours des répondants des deux quartiers. Elle a trait à la gestion des apparences au sein des espaces publics. La malpropreté reflète tant dans le quartier Pointe-Saint-Charles que celui de la Samaritaine, un désordre social qui se marque par des poubelles et des déchets qui traînent sur la voie publique.

Cette malpropreté n'est pas vécue de la même façon par chacun des répondants, surtout à Pointe-Saint-Charles, si elle est aperçue dans un espace public (ce qui ne veut pas dire qu'elle n'y est pas aussi pénible à supporter) où si elle est côtoyée à partir du logement, par exemple quand il faut ouvrir sa fenêtre et contempler des immondices en bas de chez soi. Dans un espace public, anonyme, d'une certaine façon on s'attend sans doute à de mauvaises surprises, voire à de mauvaises rencontres : le plus souvent, on ne fait que passer. L'habitat, en revanche, c'est l'endroit où, en principe, il fait bon

rester. Les personnes espèrent dès lors autre chose qu'une confrontation à la saleté et aux conduites inciviques dans leur voisinage. Dans le quartier de la Samaritaine, l'étroitesse des lieux et la promiscuité rendent les personnes sensibles aux conduites inciviques. La plupart des résidents estiment que cette malpropreté est le résultat de personnes extérieures au quartier.

De part et d'autre, les personnes rencontrées lors de nos entrevues individuelles et de groupe estiment que l'entretien des espaces publics, le nettoyage des rues et le ramassage des déchets, doivent être accomplis par les employés municipaux. Un tel discours est confirmé par la littérature (Barraqué, 1992, cité par Villemagne, 2002, p.49) et dénote une déresponsabilisation citoyenne au sujet de la propreté.

Babooram et Wang (2007) ont observé que la volonté des personnes défavorisées en matière de tri des déchets est relativement faible si on fait une comparaison avec des personnes issues d'un milieu socioculturel plus élevé. L'une des explications pour nos deux cas réside dans l'absence et/ou l'inadéquation des infrastructures. Le peu de bacs de recyclage est souvent mentionné, ainsi que l'impossibilité de se procurer des sacs de recyclage dans le quartier.

Nos répondants dans chaque quartier abordent l'environnement également sous l'angle de la nature. Cette nature est surtout décrite par les personnes interviewées à travers les espaces verts, les éléments végétaux et les lieux de détente. Nos répondants se posent en défenseur de la nature : « Je suis pour la verdure », « Il faut plus d'espace vert ». La perception de la nature est cependant différente entre les deux quartiers. Elle s'exprime surtout en termes de manque pour le quartier de la Samaritaine. Quand les personnes en parlent, il s'agit exclusivement d'une nature ornementale. Dans le quartier de Pointe-Saint-Charles, on retrouve plusieurs parcs urbains. Cependant, peu de personnes semblent profiter de ces espaces verts. De part et d'autre, la majorité de nos répondants sont conscients de l'importance de la nature notamment pour lutter contre la pollution. Il faut compenser les maux de la ville par les bienfaits de la nature (Dubost et Lizet, 2003). Cette nature dont parlent les personnes est domestiquée. Signalons ici que l'essentiel des recherches sur la nature en ville concerne les espaces verts (Dubost et Lizet, 2003).

Les travaux concernant la présence des animaux des villes sont plutôt rares. De ce fait, l'étude de Digard (1999) sur les rapports à l'animal en ville met au jour des aspects mésestimés de la vie urbaine. L'animal en ville, domestique ou non, contribue aux pratiques et à la matérialité urbaine. La majorité des personnes dans les deux lieux où nous avons ancré notre collecte de données ont un animal domestique. C'est une manière de briser la solitude. Pour le reste, nous pouvons observer une différence. Nos répondants dans le quartier de la Samaritaine parlent d'animaux envahissants : pigeons, chats errants. La survie de ces animaux dépend de la présence humaine, notamment pour la nourriture (Blanc, 2004) et est l'objet de défense et de contestation. L'affection pour les animaux est confrontée aux désagréments liés à la propreté des lieux.

L'environnement est aussi appréhendé comme « espace de vie public ». Il est le lieu où se concentre une pluralité d'activités. Il est par définition « collectif » (Fisher, 1997). Cet espace public n'est donc pas un vide entre les bâtiments, c'est un lieu de vie qui implique une dimension sociale, celle de son usage collectif. À ce titre, l'espace public est un espace spécifique de la mise en relation des personnes. C'est finalement pour chacun, le lieu de la libre rencontre avec autrui (Thiberger 2002). Mais globalement, il semble que cette vie publique s'exerce surtout dans la sphère associative.

La rue est par essence un espace public, ouvert, accessible à tous. Pourtant peu d'éléments la prédisposent vraiment à être un lieu de pratiques sociales d'ordre public pour notre population cible. L'absence d'aménagement adéquat et de mobilier urbain dans le quartier Pointe-Saint-Charles incite peu les rencontres entre les habitants. Comme nous l'avons mentionné plus haut, celles-ci ont davantage lieu dans des organisations associatives. La séparation entre l'espace piétonnier et l'espace automobile est partout matérialisée par les trottoirs et les traverses pour piétons. Au contraire, dans le quartier de la Samaritaine, les rues sont étroites et fermées par les habitations. Il se dégage une impression de fermeture que nous avons présentée précédemment par un sentiment de manque d'air pour la majorité des personnes. Les rues sont sans trottoirs distincts ; l'espace de circulation est indifférencié. Les rues sont alors l'espace de la voiture autant que du piéton. Nombreuses sont les personnes qui

craignent cet espace pour des raisons d'insécurité : « Les voitures roulent trop vite », « Il n'y a pas de place pour les piétons ». Le souhait de la rue en tant qu'espace pionnier est partagé par certains répondants, mais il se heurte à un sentiment d'irréalisme marqué par la nécessité de permettre le stationnement des voitures. Lors de leurs déplacements, les habitants se croisent dans la rue, se parlent. Cependant, tout comme pour le quartier Pointe-Saint-Charles, le manque d'aménagement facilitant les rencontres et pouvant briser l'isolement, comme des bancs publics, est largement signalé. La dénaturation de cet espace public dans le quartier de la Samaritaine est aussi évoquée. Elle reflète l'idée d'un vide, de « survivance » qui ne répond pas à une fonction essentielle dans la vie d'un quartier. La présence d'aménagements verts, sous la forme de petits espaces conviviaux, faciliteraient les rapports sociaux entre les gens. Comme on le constate rapidement, la configuration de chaque quartier joue un rôle important et détermine les conduites de vie.

Cependant, l'appropriation de l'espace public par certains résidents dépasse parfois les limites tolérables et constitue une occupation agressive et désagréable de cet espace à des fins illicites (drogue, prostitution). Une telle situation est signalée par plusieurs répondants du quartier Pointe-Saint-Charles.

L'environnement a aussi été abordé sous l'angle d'un décor agréable à regarder. De nombreuses études ont d'ailleurs montré l'importance de cette dimension esthétique de l'environnement pour les individus (Moser et Weiss, 2003). Celle-ci semble d'ailleurs jouer un rôle important dans les perceptions et l'évaluation que les personnes se font de leur cadre de vie et influence l'intérêt qu'elles portent à cet environnement.

Dans le quartier de la Samaritaine, les personnes mettent surtout l'accent sur l'attrait touristique et historique des lieux. Des rues étroites et des allées moyenâgeuses se dégagent une ambiance particulière. Malgré les problèmes de conduites inciviques évoqués précédemment et le peu d'éléments naturels, les résidents que nous avons interviewés ont une fierté d'habiter un tel lieu. Dans le quartier de Pointe-Saint-Charles, la représentation de l'environnement comme « décor » est moins présente et le « décor » correspond principalement aux aménagements urbains. Cette caractéristique

« décor » joue alors un rôle fondamental, pas seulement pour son aspect visuel, mais aussi pour l'identité de ces différents habitants (Nasar, 1998).

Enfin, dans les deux quartiers, nous observons que l'environnement détermine la santé. Le discours de nos répondants reflète largement cela en faisant référence entre autres au milieu bio-physique le quel ils évoluent comme la pollution de l'air, mais aussi à l'influence du milieu socio-communautaire comme les relations positives avec les autres résidents du quartier.

6.2.2 Les représentations sociales de la santé

Notre recherche nous permet de faire des constats généraux et elle soulève plusieurs réflexions que nous formulerons dans cette section à la lumière de nos résultats et de ceux d'autres études qui ont exploré la pluralité des représentations et des conduites liées à la santé. Herzlich et Adam (2005, 1994), au cours de travaux basés sur des entretiens approfondis, ont montré comment les conceptions de la santé s'élaborent dans un registre qui va du purement organique – soit la santé conçue comme simple absence de maladie – au social. Ils ont établi que la notion de santé est indépendante du savoir médical : la manière de percevoir la santé dépend en fait surtout du rapport de l'individu à la société et notamment, du milieu social de ce dernier. Pierret (1984) a aussi montré à quel point la perception de la santé varie selon les conditions sociales.

Rappelons que notre étude exploratoire a permis de saisir les éléments de représentation de la santé chez les personnes défavorisées dans les deux quartiers urbains où nous avons ancré notre collecte de données. Notre analyse a permis de dégager un certain nombre d'idées partagées par l'ensemble des répondants au sujet de la santé - et de leur santé - ainsi que de mettre en lumière des éléments de représentation de la santé propre aux personnes défavorisées en milieu urbain. Certains auteurs, comme Boyer (1991), parlent d'un « système de représentation » afin de mettre en évidence les interactions entre les éléments de représentation et entre les représentations d'objets reliés entre eux. Parler ici d'un système, c'est surtout - selon

nous - mettre en évidence les interconnexions entre les éléments qui composent la représentation de la santé sans pour autant entrer dans une approche de recherche centrée sur la structure de la représentation.

Si au départ notre démarche centrée sur le contenu représentationnel visait à mettre en évidence des éléments phénoménologiques qui s'articulent entre eux, nous avons pu également identifier les éléments plus prééminents qui émergent du discours des répondants sur la santé. Rappelons que sept catégories représentationnelles de la santé ont pu être dégagées : 1) la santé, pivot de la vie ; 2) la santé comme « bien-être » ou « mal-être » physique ; 3) la santé comme « bien-être » ou « mal-être » psychologique ; 4) la santé comme contraire de la maladie ; 5) la santé, tributaire de l'environnement ; 6) la santé, tributaire des ressources financières et 7) la santé, une affaire personnelle.

D'entrée de jeu, il nous faut observer que la santé est appréhendée par l'ensemble des personnes interviewées dans les deux quartiers, comme un phénomène complexe. D'une part, la santé est globale et difficile à saisir comme l'ont montré plusieurs de nos répondants : « La santé, c'est tout », « J'ai de la difficulté à définir la santé ». D'autre part, elle donne lieu à de multiples éléments de représentation, mettant entre autres en évidence la relation entre santé et environnement. Nos répondants ne se contentent pas de « savoir » ce qu'est la santé, ils tentent aussi de l'expliquer et d'évaluer leur propre état de santé sous la forme d'un ensemble d'unités de signification ancrées dans leurs histoires de vie et imprégnées dans la dynamique sociale du quartier. Nous expliciterons cela plus loin dans notre discussion.

Notre catégorisation des représentations de la santé exprime les logiques de vie des personnes défavorisées que nous avons interviewées. Nous observons que la santé est surtout appréhendée au regard d'un état corporel comme le fait souvent la médecine, mais également en fonction de ses liens avec les difficultés financières, les conditions environnementales et le bien-être ou le mal-être psychologique. Notre catégorisation reflète en quelque sorte un système culturel bâti à partir d'un ensemble d'éléments cognitifs (dont les croyances), affectifs et de l'ordre des valeurs, qui attribue des significations explicites ou implicites à la santé (Massé, 1995).

Dans notre analyse de discours, nous nous sommes intéressés entre autres à observer la proportion relative occupée par chaque catégorie représentationnelle de la santé pour l'ensemble de nos répondants. L'image qui en ressort pour chacun des deux cas étudiés (figures 5 et 8) est similaire. Les quelques nuances, somme toute minimales, pourraient s'expliquer par le contexte environnemental et culturel. Les aménagements de chaque quartier influencent les représentations de la santé des personnes. De même, la culture des milieux populaires, qui est essentiellement une culture vécue et qui se traduit dans des conduites reliées à la santé (Massé, 1995). Même si notre analyse a été globale⁹¹, nous pouvons malgré tout observer que le discours sur la santé s'exprime principalement à travers les dimensions affective et praxéologique (agir) ; les dimensions cognitive et axiologique restent peu présentes.

Nous avons aussi pu constater que les personnes parlent plus difficilement de leur santé que de l'environnement. Il s'agit d'un sujet particulièrement intime qui renvoie à l'image de soi. Beaucoup de nos répondants des deux quartiers disent ne pas vouloir parler autour d'eux de ce qu'ils ressentent : « Quand j'ai un problème de santé ou quelque chose, je ne dis rien à personne ». Selon Berrat (1998), cette attitude se conjugue avec une « culture du silence » caractéristique des milieux sociaux défavorisés : la santé ne fait pas partie des sujets que l'on aborde en toute simplicité dans le cadre des réseaux de sociabilité. Cette « culture du silence » amène les personnes à taire inconfort, douleur et blessures.

Globalement, pour les personnes rencontrées lors de nos entrevues individuelles et de groupe, que ce soit pour le quartier Pointe-Saint-Charles (Québec) que pour celui de la Samaritaine (Belgique), la santé s'explique prioritairement en opposition avec la maladie. Le concept de santé est ainsi perçu de façon négative. Un tel constat est partagé par les études antérieures et montre que cette assimilation à l'absence de maladie est surtout présente dans les classes les plus populaires et parmi les personnes défavorisées

⁹¹ La représentation sociale intègre quatre dimensions. La dimension cognitive concerne les connaissances, les savoirs et les croyances. La dimension affective fait référence aux désirs, aux émotions et aux sentiments. La dimension axiologique couvre les valeurs. La dimension praxéologique se rapporte aux actions, aux comportements et à l'agir délibéré (Sauvé et Garnier, 2000). Notre analyse intègre ces dimensions entre elles en fonction d'une vision holistique de l'univers phénoménologique étudié.

(Herzlich, 2005, 1975). Cette référence à l'absence de maladie pourrait s'expliquer par la perception - chez les répondants - d'une interaction entre le « milieu de vie », vu comme un élément actif pouvant déclencher les maladies, et « la santé de l'individu », élément passif qui tente de résister aux attaques (Galand et Salès-Wuillemin, 2009). Nous avons ainsi pu observer à travers le discours de nos répondants que la santé est largement déterminée par l'environnement dans lequel on vit.

La maladie vient altérer la santé. Elle fait référence à une sorte de dichotomie axée sur la gravité de celle-ci. D'un côté, pour nos répondants, la maladie est signifiée comme « complète » ou « grosse » et de l'autre, elle est associée aux « bobos de la vie ». Les maladies les plus graves s'expliquent le plus souvent en référence au destin, au hasard, à la malchance. Elles arrivent soudainement : on ne les maîtrise pas, on s'en accommode. Les personnes les envisagent alors comme une réalité organique. Un tel constat est confirmé par Herzlich (2005, 1975). Nous observons aussi qu'aucun de nos répondants n'associe l'idée de maladie à l'idée de la mort. Par ailleurs, les « bobos de la vie » sont abordés comme la conséquence d'une conduite individuelle inappropriée : « Tu deviens malade si tu sors en hiver mal habillé ». Selon Young (1982), l'individu essaye souvent de donner des significations sociales à certaines maladies. C'est la dimension socioculturelle qui prime. Nous avons ainsi pu observer dans les deux études de cas que plusieurs personnes tentent d'associer les signes physiques et/ou psychologiques de certaines maladies, telles que la grippe ou le rhume, à des causes relevant de croyances « populaires » (explications étiologiques de sens commun). Signalons qu'une telle représentation d'une dualité santé-maladie dans les milieux défavorisés ainsi que la distinction entre les maladies « graves » et « bénignes » a également été observée par plusieurs autres chercheurs (dont Herzlich, 2005, 1975 ; Berrat, 1998 ; Paquet, 1989).

Plusieurs études tentent de mettre en évidence l'existence d'une distance culturelle entre les personnes défavorisées et le système de santé (Berrat, 1998). Malgré le principe d'universalité des soins de santé, cette distance amène les personnes à consulter moins souvent. Aïach (2004, p. 44) constate que si l'universalité des soins a entraîné une meilleure utilisation des moyens existants pour les groupes socialement élevés du fait de l'importance qu'ils accordent à la santé, il n'en est pas de même pour

les personnes les plus défavorisées. Joubert (2001) souligne que le recours aux soins des populations défavorisées s'appuie particulièrement sur le réseau social des personnes qui constitue en quelque sorte un « support d'accompagnement ». En l'absence de ce réseau, les personnes se bricolent des accès aux soins et, ou privilégient l'automédication (Joubert, 2001 ; Berrat, 1998).

Lombrail (2000) mentionne que parmi les facteurs prédisposant le recours aux soins pour les personnes défavorisées, la disponibilité d'une offre de proximité joue un rôle important. La santé fait partie intégrante des préoccupations de nos répondants comme en témoigne notre analyse du discours (Chapitre 5). Dans le quartier de la Samaritaine, les personnes nous signalent avoir recours aux médecins de l'Antenne médicale. La proximité du service ainsi que l'ancrage du service dans la vie sociale du quartier sont sans aucun doute des facteurs facilitant l'accès au soin. Cette accessibilité est probablement aussi facilitée par des règles qui prennent en compte le mode de vie des personnes : la gratuité du service, des consultations sans rendez-vous, la possibilité de venir avec son animal de compagnie, une salle d'attente conviviale où les personnes se connaissent, la disponibilité des médecins sur des questions sociales et une écoute empathique. Nous observons aussi que ce sont toujours les mêmes médecins attirés qui travaillent à l'Antenne médicale. Il est aussi intéressant de constater que plusieurs personnes qui détiennent la carte santé nous signalent que ce dispositif leur donne un sentiment de sécurité en cas de problème, sentiment d'autant plus important qu'elles sont fragilisées tant sur le plan social que sur le plan financier.

Dans le quartier Pointe-Saint-Charles, le recours au système de santé, et notamment à la Clinique communautaire, paraît différent. En dehors du service de santé mentale, le recours aux soins correspond généralement à une fréquentation plus ponctuelle de la clinique. Les personnes ne s'investissent pas dans une relation à long terme de suivi médical ou social. L'absence de médecins réguliers a été signalée à plusieurs reprises. Le peu de suivis pour les résultats d'examens médicaux est mentionné également : « Il ne te téléphone pas pour te donner les résultats d'une prise de sang ». Certaines personnes privilégient dès lors des circuits ayant fait leurs preuves comme le service d'urgence de l'hôpital ou l'automédication. Pour Joubert (2001), la consultation aux services d'urgence paraît toujours comme l'indice d'une consultation de dernier recours,

donc d'un retard à l'accès. Lombrail (2000) pour sa part, insiste sur la continuité dans la prise en compte des soins et renvoie à la constance des mêmes intervenants médicaux et à une dimension relationnelle de confiance. Enfin, si la consultation médicale est mentionnée par la presque totalité des participants à nos entrevues dans les deux quartiers, quelques-uns ont fait état de pratiques d'automédication quand elles ont un problème santé.

Le renoncement à certains soins non couverts pourrait se justifier par des difficultés financières (Joubert, 2001 ; Berrat, 1998), comme nous l'avons mentionné au chapitre précédent, où la santé apparaît comme tributaire des ressources financières. Les facteurs d'ordre financier restent essentiels et en partie déterminants. Dans les deux cas étudiés, les personnes ont accès à des soins de base gratuits : l'universalité du système de santé au Québec et la carte médicale pour les personnes les plus démunies en Belgique. Cependant, tout n'est pas couvert. C'est le cas par exemple des visites chez l'optométriste ou des soins dentaires. Le besoin de lunettes et d'orthèses plantaires a été évoqué par plusieurs répondants dans le quartier Pointe-Saint-Charles. Des réductions de coût sont possibles, mais elles demandent des démarches administratives⁹² pour lesquelles les personnes ne sont pas nécessairement bien informées et outillées. À ce sujet, les intervenants sociaux jouent un rôle essentiel. Le Comité des personnes assistées sociales Pointe-Saint-Charles aide les personnes à remplir les formalités et acheminer leurs demandes. Par ailleurs, de part et d'autre, les personnes interviewées nous signalent l'importance d'avoir accès à des services communautaires comme les banques alimentaires ou à un logement social, pour être moins limitées financièrement et ainsi éviter de devoir renoncer à certains soins.

Dans le discours des personnes Pointe-Saint-Charles, la santé est souvent associée au travail. La santé est certes une condition nécessaire au travail et une personne qui ne peut travailler est un individu déclassé, marginalisé (Aïach et Vernazza-Licht, 1996). L'impact de l'absence de travail sur le moral est explicité par la plupart des répondants de ce quartier et la relation entre psychisme et santé est régulièrement mentionnée.

⁹² Il faut souvent être prestataire de l'Aide sociale depuis plus de douze mois et obtenir un formulaire qui en autorise préalablement le paiement aux conditions fixées. L'accès à certains soins est aussi limité à des périodes de temps.

Beaucoup ressentent cette situation comme extrêmement dévalorisante et se sentent d'autant plus affectés que leur espoir de retrouver un emploi est faible. Certains de nos répondants se laissent aller au découragement et trouvent dans leur maladie, une excuse à leur exclusion du monde du travail (tel qu'observé également par Berrat, 1998). Dans les deux quartiers, chez certaines personnes interrogées, nous observons une posture paradoxale : d'une part, leur incapacité au travail est souvent reconnue et confirmée par l'octroi d'allocations complémentaires et d'autre part, ils manifestent le désir de travailler afin d'acquérir une reconnaissance sociale et une valorisation à leurs propres yeux et aux yeux des autres. Sans doute, certains répondants considèrent-ils leur situation de vie actuelle comme provisoire. L'exclusion du circuit du travail signifie l'absence de revenus, mais également l'absence de participation à des buts et objectifs de type collectifs, l'absence de statut ou encore une atteinte à la structuration du temps (Berrat, 1998). Pour Gaulejac (1994, p. 59, cité par Berrat, 1998) : « l'exclu n'a pas de place dans l'organisation. La place qu'il occupe se caractérise par la dépendance vis-à-vis de l'assistance de l'État ».

Un seul de nos répondants dans le quartier de la Samaritaine aborde très brièvement la question des liens entre la santé et le travail. C'est la dimension fonctionnelle de la santé, permettant la réalisation des activités de la vie quotidienne, qui est mise de l'avant. En arrière-fond, c'est sans doute la crainte de l'invalidation et de la perte d'autonomie qui est exprimée. Rappelons que la différence entre les deux quartiers est essentiellement liée selon nous à la culture, à l'histoire du lieu, à l'environnement. À cet effet, rappelons que le quartier Pointe-Saint-Charles a un passé industriel récent que n'a pas connu le quartier de la Samaritaine.

Comme nous l'avons signalé ci-dessus, pour une grande partie de nos répondants, la santé revêt finalement une dimension tout aussi physique que psychologique. « Ne pas avoir de soucis », « Être heureux », « Avoir un bon moral » sont quelques-uns des extraits d'entrevues qui caractérisent les composantes de la santé psychologique ou mentale. En fait, nous avons observé dans chaque quartier des éléments de représentation qui correspondent à la recherche d'un « bien-vivre ». Ceux-ci répondent à la dimension « être » et non « avoir ».

D'autres éléments de représentation sont aussi très présents. En fait, les difficultés importantes de nos répondants ont pour conséquence un état de santé « médiocre ». La santé abordée sous l'angle psychologique inclut une forte composante psychosomatique : le stress et l'angoisse liés à une insécurité alimentaire ou financière. Les personnes en parlent assez spontanément, car elles ressentent l'influence de leur situation sociale quotidiennement. Nous noterons que plusieurs études précisent que pour maintenir une bonne santé mentale, il faut établir un équilibre entre les divers aspects de la vie, soit social, physique, mental, économique et spirituel (Kovess-Masféty, 2001).

La santé dans sa dimension physique a aussi été abordée comme l'absence de douleur et la fonctionnalité des membres et du corps dans son ensemble. La santé est marquée par l'inconscience du corps, en l'absence de maladie (Herzlich, 2005, 1975). C'est la « santé-vide » pour reprendre la formulation d'Herzlich (2005, 1975). La santé physique fait surtout référence pour nos répondants des deux quartiers, à l'autonomie, à la capacité de mener à bien ses activités quotidiennes. À cet égard, nous avons noté que plusieurs personnes interviewées se plaignaient de maux divers et ne se considéraient pas en bonne santé.

Diverses études ont également montré que pour les personnes défavorisées, la santé n'est pas un but central. La recherche menée par Parizot, Chauvin, Firdion et Paugam (2000) dans cinq zones urbaines sensibles en France, montre qu'une personne sur cinq environ déclare que la santé n'est pas une priorité dans sa vie ; celle-ci n'apparaît pas comme une valeur et une préoccupation aussi largement partagées qu'on pourrait s'y attendre. Seule une minorité de nos répondants parlent de la santé comme une valeur fondamentale : « La santé, c'est le plus important » ; « C'est la vie ».

Rappelons enfin que plusieurs personnes rencontrées en entrevue dans le quartier Pointe-Saint-Charles et dans le quartier de la Samaritaine mentionnent qu'elles ne parlent pas de leur santé autour d'elles. Au chapitre précédent, nous avons expliqué cette attitude par une « culture du silence » qui, selon Berrat (1998), est caractéristique des milieux sociaux défavorisés : les personnes parlent difficilement de leur corps. Nous avons également fait mention d'une certaine retenue dans le discours des personnes

concernant leur santé dans le quartier de la Samaritaine : la santé s'exprime plus facilement à travers le discours sur les conduites.

Les attitudes et les conduites en matière de santé s'inscrivent dans une dimension éminemment sociale. Cette dimension sociale prend toute sa signification si l'on considère que la plupart des conduites énoncées spontanément par nos répondants tant dans le quartier Pointe-Saint-Charles que dans celui de la Samaritaine reflètent un sentiment d'insécurité, comme l'insécurité alimentaire ou les difficultés de logement, lié aux conditions de vie. Ces conduites expriment le rapport entre la personne et son environnement. Nous avons mis en évidence des conduites salutogènes qui peuvent améliorer la santé (comme manger de façon équilibrée, faire de l'exercice physique, se reposer, consulter régulièrement un médecin) et des conduites pathogènes qui peuvent diminuer la santé comme fumer, boire de l'alcool. Ce sont d'ailleurs les conduites qui déterminent l'état de santé, comme le signale Bruchon-Schweitzer (2002). À cet effet, nous avons observé, surtout auprès de notre public dans le quartier de la Samaritaine, que la représentation de la santé était la plus souvent exprimée par la mention de conduites saines ou à risque. En fait, les conduites sociales de santé influencent les croyances autant que celles-ci les influencent. Nous sommes donc au cœur d'un processus transactionnel (Bruchon-Schweitzer, 2002) ou parler de la santé semble plus aisé pour plusieurs répondants si cela est abordé à partir des conduites.

Dans les deux quartiers, l'alimentation domine les conduites essentielles pour nos répondants. Herzlich (2005, 1975) avait déjà mis en évidence que l'alimentation est probablement le principal facteur déterminant de la santé. Cela nous semble d'autant plus important chez les personnes défavorisées. Divers travaux menés ces dernières années ont mis en évidence des phénomènes de « malbouffe » et de déséquilibre alimentaire chez les populations ayant de faibles revenus, qui se caractérise par une insuffisance quotidienne notamment en fruits et légumes, et par un excès de lipides et de féculents (Poulain et Tibère, 2008 ; Bertrand, 2006 ; Michaud, 2000). Nous avons eu l'occasion de signaler que la plupart de nos répondants s'approvisionnent dans des banques alimentaires. Le manque de revenu et/ou l'absence d'épicerie de proximité à prix abordable semble justifier cette attitude. Nous avons d'ailleurs signalé que la sécurité alimentaire est un enjeu important pour les organismes communautaires dans le

quartier Pointe-Saint-Charles. Dans chaque quartier, un nombre important de personnes vont manger le repas du midi au restaurant social et ne cuisinent jamais le reste du temps. La majorité de nos répondants - peu importe le quartier - insistent pourtant sur l'importance de manger sainement et de façon équilibrée pour conserver sa santé : « La santé, c'est manger équilibré et sain. C'est vrai que je ne mange pas tout le temps de bonnes choses » ; « Il faut manger des légumes et des fruits. Ça, ce sont deux aliments que je mange beaucoup ». On sait néanmoins que la diversité des aliments et la consommation de fruits et de légumes sont plus réduites auprès des populations défavorisées, ce qui peut avoir des conséquences importantes sur la santé des personnes (Caillavet et coll., 2005).

De nombreuses études montrent que les conduites à risque, telles que le tabagisme, l'alcoolisme, la sédentarité sont plus fréquents dans les catégories sociales les plus basses (Wilems et coll., 2007 ; Brix et Lang, 2000). Ces conduites sont très souvent signalées au sein de la population que nous avons interviewée. Brix et Lang (2000) attribuent ces conduites au faible niveau d'éducation et à une moindre connaissance des risques. Pourtant nos répondants sont conscients des dangers pour leur santé. Plusieurs déplorent certains aspects de telles conduites, mais ils ne voient pas comment arrêter, même s'ils le souhaitent. Esterle-Hedibel (1999) avait déjà mis en évidence de telles contradictions dans son étude sur la santé en milieu populaire précarisé. Il est vrai par contre que les personnes sont soumises à des incitations contradictoires concernant entre autres le tabac et l'alcool : des messages valorisent l'abstinence, alors que d'autres incitent à la consommation (Bruchon-Schweitzer, 2002). Nos répondants, peu importe le cas étudié, mentionnent surtout le rôle bénéfique qu'ils associent à ces conduites pourtant néfastes, qui procurent sur le coup de la détente et diminuent le stress, apportant ainsi un certain bien-être psychologique.

La plupart de nos répondants font aussi référence à l'activité physique comme moyen de conserver sa santé. Toutefois, la quasi-totalité de ceux-ci reconnaissent se limiter aux activités de la vie quotidienne, comme la marche utilitaire pour se rendre aux différents points de services dans leur quartier.

D'autres conduites de santé ont aussi été signalées par nos répondants. Elles se traduisent dans un discours plus prescriptif et semblent pour la plupart refléter principalement les messages de santé publique véhiculés par les médias et/ou les recommandations formulées individuellement par le personnel soignant. Ces éléments de discours font référence à des conduites spécifiques, connues, souhaitables, que pourtant les personnes que nous avons interrogées négligent ou n'adoptent pas. Cela peut sembler paradoxal. Mais il faut considérer que l'adoption d'un mode de vie sain s'inscrit dans des significations plus générales qui doivent prendre en compte la diversité individuelle et le contexte (Herzlich, 2005 ; 1975 ; Bruchon-Schweitzer, 2002) dans sa dimension socio-écologique.

Au bilan, nous avons pu mettre en évidence une catégorisation représentationnelle de la santé qui reflète le mode de vie des populations ciblées. La santé se caractérise ainsi diversement reflétant des fonctions distinctes reliées entre elles. Nous observons à cet effet peu de nuances entre les deux cas étudiés. Enfin, même si les résultats obtenus dans notre recherche mettent en lumière différentes manières de penser et d'agir en matière de santé chez des personnes défavorisées en milieu urbain, les dimensions essentielles des représentations sociales de la santé que nous avons saisies dans cette recherche rejoignent certains résultats d'autres études.

6.2.3 Les représentations sociales des liens entre l'environnement et la santé

Le rapprochement entre la santé et l'environnement est aujourd'hui une évidence. L'état d'avancement des connaissances dans le champ de la santé publique permet d'affirmer, sans l'ombre d'un doute, que l'environnement dont celui de la ville - constitue un déterminant important de la santé et du bien-être des populations (Fischer et Dodeler, 2009). On ne peut pas traiter les problèmes d'environnement simplement sous un angle écologique et les problèmes de santé simplement sous un angle curatif (Fischer et Dodeler, 2009). La connaissance et la prise en charge des problèmes de santé et d'environnement devraient occuper dès lors une place de plus en plus centrale dans la gestion des espaces urbains. Cela semble d'autant plus important quand il s'agit de populations socialement défavorisées. Nous avons vu en effet au premier chapitre de

cette thèse que ce type de population réside le plus souvent dans des territoires où l'exposition aux risques sanitaires et environnementaux est plus importante (Hillman, 2002 ; Bullard, 2001 ; Williams, 1999 ; Capek, 1993 ; Wenz, 1988).

À la lumière de ces constats, nous discuterons des principaux liens entre les éléments de représentation sociale de la santé et ceux qui ont trait à la représentation de l'environnement chez les populations que nous avons étudiées. Nous ferons également le lien avec la littérature consultée. Signalons au passage que plusieurs éléments de discussions pour chacun de nos deux cas étudiés se retrouvent aussi au chapitre précédent et que nous n'en présentons ici qu'une synthèse en mettant en parallèle les deux quartiers où nous avons ancré notre collecte de données.

Tout comme James et Eyles (1999) l'ont montré dans l'une des rares études exploratoires sur le croisement des représentations sociales de la santé et de l'environnement, la totalité de nos répondants dans chacun des deux cas étudiés perçoit un lien entre la santé / sa santé et la qualité de son environnement de proximité. Dans leurs entretiens, James et Eyles (1999) ont constaté que les gens conceptualisent entre autres l'environnement en termes très larges ; l'environnement est le plus souvent décrit comme une véritable nébuleuse. Et la manière de concevoir l'environnement tend à influencer la relation à la santé. Comme nous l'avons signalé précédemment, les représentations sociales de l'environnement avec toutes ses particularités historiques, culturelles, économiques, géographiques et d'aménagement traduisent l'expérience subjective, individuelle ou sociale, que les personnes en ont. L'environnement est ainsi pensé en fonction de ses dimensions sociales et biophysiques. Un tel constat se retrouve dans l'analyse du discours de nos répondants dans les deux quartiers où nous avons ancré notre collecte de données et montre que la réalité phénoménologique étudiée est particulièrement complexe. Rappelons que dans notre étude, nous avons amené les personnes à se centrer sur leur environnement immédiat : quartier, rue, logement⁹³.

⁹³ Un parallèle peut aisément se faire entre trois ces échelles de proximité et la typologie de Fischer (1997) que nous présentons au chapitre 2 de cette thèse : le territoire primaire qui est un lieu refuge comme le logement, le territoire secondaire qui correspond à des lieux sociaux et enfin le territoire public qui désigne un espace accessible à tous.

Nous remarquons que pour l'ensemble de nos répondants dans les deux quartiers, l'interdépendance entre leur santé et leur environnement concerne explicitement les liens entre la santé vue sous un angle de déficit ou de maladies, et l'environnement « problème ». L'étude menée par James et Eyles (1999), de même que celle menée par Hudon (1996) au sujet de la perception des risques pour la santé reliés à l'environnement, arrivent d'ailleurs au même constat : les personnes perçoivent de nombreux problèmes de santé comme provenant de mauvaises conditions environnementales. D'ailleurs, pour Fischer et Dodeler (2009), quand on parle de liens entre la santé et l'environnement, une attention toute particulière se porte presque toujours en priorité sur les problèmes environnementaux d'ordre biophysiques et sur leur rôle à propos de certaines maladies. Nous notons par ailleurs que dans nos deux cas étudiés, bien que les dimensions sociales et communautaires de l'environnement occupent une place prédominante dans le discours de nos répondants, l'expression du lien entre ces dimensions et la santé reste plus floue et de nature implicite.

Comme nous l'avons signalé auparavant, la question de la qualité de l'air, très souvent mentionnée par nos répondants tant dans le quartier Pointe-Saint-Charles que celui de la Samaritaine s'inscrit dans le champ des problématiques environnementales qui influencent directement la santé des personnes. La mauvaise qualité de l'air suscite un sentiment de crainte. Rappelons que l'identification de ce problème par nos répondants se fonde sur les sens de la vue et de l'odorat. Il y aurait une mauvaise qualité de l'air lorsqu'on sent ou qu'on voit des indices : « Je vois la fumée », « Cela ne sent pas bon ». Pour Annesi-Maesano (2009), cette perception subjective de l'exposition à la pollution atmosphérique doit être prise en compte même si elle montre habituellement un décalage avec l'exposition objective estimée par les réseaux de surveillance de la qualité de l'air. Également, il ne faudrait pas oublier qu'une telle perception sensorielle de l'environnement ne permet pas de prendre en compte l'existence de substances polluantes qui n'ont pas d'odeur ; par ailleurs, il faut reconnaître que certaines odeurs ne sont pas dangereuses pour la santé (Roussel, 2007).

Certains travaux repérés dans la littérature spécialisée (Mitchell et Dorling, 2003 ; Hillman, 2002 ; Deloraine et Ségala, 2001) indiquent que l'air extérieur est plus susceptible d'être de moins bonne qualité dans les quartiers urbains caractérisés par

une population défavorisée et donnent d'ailleurs à penser que ce type de population pourrait être plus vulnérable aux effets nocifs de la pollution de l'air (Institut canadien d'information sur la santé, 2011). Une exposition prolongée aux polluants entraînerait une augmentation de la mortalité et des pathologies respiratoires chroniques (Deloraine et Ségala, 2001) ainsi qu'une gêne (Roussel, 2007). La mauvaise qualité de l'air est ainsi significativement liée selon certains auteurs à des indicateurs de santé somatique et psychologique (Institut canadien d'information sur la santé, 2011 ; Annesi-Maesano, 2009). Selon Annesi-Maesano (2009), la dépression et/ou l'anxiété pourraient être associées à la perception subjective de l'exposition à la pollution. Cela s'explique sans doute par un état d'insatisfaction qui est source d'inquiétude. À cet effet, Roussel (2007) considère que le risque sanitaire lié à la mauvaise qualité de l'air est double : il correspond aux risques liés aux substances nocives, voire toxiques, mais également aux nuisances génératrices de stress et d'angoisse. Plusieurs personnes interviewées dans les deux quartiers nous ont clairement signifié certaines inquiétudes concernant la qualité de l'air dans leur quartier, pouvant entraîner un sentiment de mal-être psychologique et/ou physique : « On a souvent de la misère à respirer », « La pollution dans le quartier, c'est vraiment désagréable ».

La pollution de l'air extérieur, mais également intérieur, est largement perçue comme l'un des risques les plus importants pour la santé. Selon nos répondants, la mauvaise de qualité de l'air serait la cause première des maladies respiratoires. L'air est en effet l'élément avec lequel le corps humain est le plus directement en contact. Certains de nos répondants l'expriment très bien : « La pollution, c'est très mauvais pour tes poumons. Tu manges cela », « Si l'air n'est pas bon, j'ai les poumons qui me piquent ».

Au-delà de notre analyse du discours, nous avons pu constater, autant dans le quartier Pointe-Saint-Charles que dans celui de la Samaritaine, un taux particulièrement élevé de personnes qui se plaignent de difficultés respiratoires ou qui sont atteintes de maladies ou malaises respiratoires : asthme, allergies, essoufflement fréquent. Soulignons que de nombreux auteurs ont mis en évidence l'existence d'un lien entre la pollution atmosphérique et les crises d'asthme (Institut canadien d'information sur la santé, 2011 ; Fischer et Dodeler, 2009 ; Jacques, 2005 ; Deloraine et Ségala, 2001 ; American Thoracic Society, 1996 ; Stieb et coll., 1995). Pour l'Institut canadien d'information sur la

santé (2011), la mauvaise qualité de l'air peut également conduire à des maladies cardiaques. Dans leurs discours, nos répondants ne font cependant pas allusion à ce dernier type de maladies - ni à d'autres maladies - en lien avec la pollution atmosphérique.

L'Institut canadien d'information sur la santé (2011) observe que les taux d'hospitalisation en raison de troubles respiratoires et circulatoires chez les personnes défavorisées en milieu urbain diminuent significativement au fur et à mesure qu'augmente la distance entre la résidence et les installations polluantes. Cependant, il nous semble que d'autres facteurs jouent également un rôle important et méritent d'être pris en compte. Pensons à la configuration des lieux comme c'est le cas pour le quartier de la Samaritaine avec ses rues étroites que nous avons qualifiées de « rue canyon », ou encore la présence des vents dominants qui peuvent amener une plus forte concentration de polluants dans un quartier, sans pour autant que les habitants résident à proximité d'infrastructures polluantes (comme des axes routiers importants autour du quartier Pointe-Saint-Charles).

Tel que signalé par la plupart des répondants, la propreté des espaces publics dans chacun des deux cas étudiés constitue également un autre enjeu majeur pour la santé. Nous avons déjà signalé que la malpropreté dont parlent les personnes (les déchets qui traînent ou les déjections animales) est essentiellement le résultat de conduites inciviques et qu'elle est parfois expliquée par l'intrusion de personnes extérieures aux lieux. Cette malpropreté est associée au développement de microbes par plusieurs de nos répondants, aux risques de contamination. Dans une moindre mesure, nous avons observé que les personnes font aussi référence aux dangers de se blesser en contact avec les déchets. Le nettoyage des rues et des trottoirs par les employés de la ville permet dès lors de préserver le cadre de vie et participe au sentiment de bien-être psychologique et physique des habitants. La propreté des rues et des trottoirs dépend de la fréquence de nettoyage. Pour les habitants, c'est plus qu'un facteur d'appréciation, c'est aussi une question sanitaire.

Les nuisances sonores sont énoncées dans chaque quartier comme atteinte au bien-être psychologique. Les personnes font notamment référence aux bruits venant du

voisinage, de l'agitation de la rue, mais aussi d'infrastructure se trouvant dans le quartier. À ce sujet, rappelons que le quartier Pointe-Saint-Charles est aussi traversé par une ligne de chemin de fer. Quelques-unes des personnes ont fait allusion à des difficultés d'endormissement, au réveil nocturne et à une certaine fatigue. De tels propos semblent confirmés dans la littérature qui montre que le bruit peut avoir des effets qui touchent des fonctions autres que l'audition. Il a ainsi été démontré qu'il peut affecter la santé tant psychologique que physique des personnes (Fischer et Dodeler, 2009 ; Bronzaft et Madell, 1991). Le bruit est vu par certains de nos répondants comme un élément stressant pouvant entraîner une diminution de la qualité de vie.

D'autres problématiques environnementales ont été signalées, qui soulèvent également des questions de santé : la qualité de l'eau de ville, les terrains contaminés, l'humidité d'infiltration résidentielle. Elles sont plus spécifiques à chaque quartier et suscitent des craintes auprès des personnes. Comme dans les exemples précédents, l'interconnexion entre la santé et les problématiques environnementales serait la perception du risque (Fischer et Dodeler, 2009 ; Gérin et coll., 2003 ; James et Eyles, 1999). Cette notion englobe deux aspects complémentaires : la probabilité qu'un danger se produise et la gravité de ses effets. En réalité, plus que l'ampleur du risque, c'est l'incertitude sur l'existence d'un risque, surtout s'il est invisible et indécélable, qui suscite le plus d'angoisse et de stress au sein de la population (Dab, 2010). Il est intéressant de constater que le risque environnemental est le plus souvent associé à un environnement qui a été modifié ou détruit par l'activité industrielle et humaine (Fischer et Dodeler, 2009) comme les terrains contaminés dans le quartier Pointe-Saint-Charles ou l'humidité d'infiltration résidentielle dans les logements⁹⁴ du quartier de la Samaritaine.

En dehors des problématiques environnementales, la littérature rapporte que l'environnement social et communautaire est associé à la santé (Health Council of The Netherlands, 2004 ; Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Yen et Syme, 1999, Ulrich, 1997). Cet environnement social et communautaire comprend le groupe avec lequel les personnes

⁹⁴ Certains aménagements urbains autour des logements peuvent créer le problème et/ou l'amplifier. Si le terrain à proximité est recouvert d'une barrière étanche (trottoir ou chaussée), l'eau contenue dans le sol ne pourra s'évaporer et le phénomène de remontées capillaires sera accentué.

échant, le quartier dans lequel elles vivent, l'organisation de leur lieu de vie, mais aussi tous les règlements qui régissent leurs vies. Il englobe à la fois une dimension relationnelle affective et l'aide concrète apportée par l'entourage (Ulrich, 1997). Que ce soit dans le quartier Pointe-Saint-Charles ou dans les quelques rues de la Samaritaine, nous avons constaté que l'environnement social et communautaire occupe une place très importante dans les propos tenus par nos répondants. Il s'agit d'ailleurs d'une catégorie représentationnelle de l'environnement dominante dans le discours des personnes interviewées. Nous avons longuement abordé ce point au chapitre 5 et montré que les liens que les personnes établissent entre cet environnement social et communautaire et leur santé sont plutôt de nature implicite. Les personnes que nous avons interviewées mettent de l'avant l'importance des contacts sociaux et du soutien que les gens se donnent entre eux. Mais, en même temps, il nous a semblé dans les deux quartiers, que les personnes connaissent une certaine solitude. Or la littérature tend à montrer que les relations sociales perçues par les personnes influenceraient davantage la santé des individus que les relations sociales réellement vécues (Bruchon-Schweitzer, 2002). Quoi qu'il en soit, plusieurs études en psychologie sociale de la santé montrent que les personnes ayant un soutien social sont moins stressées (Fischer et Dodeler, 2009 ; Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Ulrich, 1997). Différents aménagements urbains pourraient alors être envisagés pour favoriser et/ou restaurer les interactions dans chaque quartier. Plusieurs de nos répondants en parlent. Un tel point est d'ailleurs envisagé comme un élément central de nos propositions pour élaborer des stratégies d'intervention éducative plus appropriées. Nous en parlons plus loin dans ce chapitre.

En ce qui concerne plus spécifiquement l'environnement communautaire, Fischer et Dodeler (2009) rapportent que la pauvreté des ressources communautaires peut favoriser la prévalence de certaines maladies. Dans les deux cas étudiés, nos répondants ont signalé l'importance des organisations telles que les banques alimentaires et le restaurant social. Nous constatons que ce sont les organisations alimentaires qui sont le plus souvent citées en premier lieu. Elles satisfont à un besoin vital pour les personnes défavorisées.

Dans le chapitre précédent, nous avons aussi mentionné que pour les personnes interviewées, la santé est tributaire de l'environnement « nature ». En fait, notre

recherche rejoint l'étude menée par Mass et coll. (2009) : elle montre que le rôle des espaces verts pour la santé des personnes ne doit pas être sous-estimé. Vivre à proximité d'espaces verts semble avoir un effet bénéfique en réduisant l'incidence de certaines maladies respiratoires telles que l'asthme ou les infections respiratoires (Maas et coll., 2009). Nous constatons toutefois dans le quartier Pointe-Saint-Charles que ces problématiques respiratoires sont largement présentes malgré la présence de plusieurs parcs urbains. Cela montre bien que les liens entre la santé et l'environnement restent particulièrement complexes.

Reconnaître les liens entre la santé et l'environnement « nature » amène à prendre en considération l'aménagement d'espaces verts pour améliorer non seulement le cadre de vie, mais aussi, et surtout la santé, des personnes défavorisées (Maas et coll., 2009 ; Mitchell et Popham, 2008, Health Council of the Netherlands, 2004). Ainsi, la simple présence d'un jardin - qu'il soit privé ou public - adjacent à son domicile est souvent considérée comme un facteur important pouvant favoriser la bonne santé des personnes (Health Council of the Netherlands, 2004). La présence d'arbres autour de soi aurait un effet significatif sur le bien-être (Kaplan, 2002). Dans les deux cas étudiés, plusieurs personnes soulignent la nécessité d'avoir des arbres et des fleurs dans leur rue comme source de bien-être. Cependant, la nature n'est pas suffisamment présente dans l'environnement de vie immédiat en milieu urbain. Cette absence de végétaux est perçue comme une « carence », une incomplétude dans le milieu de vie de nos répondants. Pourtant, nous observons que peu de personnes dans le quartier de la Samaritaine font référence à un usage régulier des parcs les plus proches. Ce constat rejoint celui du Conseil de la santé des Pays-Bas⁹⁵ (2004) pour lequel il est évident que les gens ne compensent pas le manque de verdure dans leur environnement de proximité en faisant des visites plus fréquentes dans les parcs plus éloignés.

Dans le quartier Pointe-Saint-Charles, la plupart des résidents ont plusieurs parcs dans leur environnement immédiat. Selon quelques-uns des répondants, ces espaces verts constituent des endroits pour se détendre, se reposer, maintenir une stabilité émotionnelle et récupérer du stress. Il s'agit d'ailleurs clairement d'un moyen important

⁹⁵ Traduction de : Health Council of the Netherlands (2004)

par lequel la nature peut avoir un impact positif sur la santé (Health Council of the Netherlands, 2004 ; Kaplan, 1989 ; Ulrich, 1983). Il est en effet connu depuis un certain temps que le stress peut avoir une influence sur le bien-être et la santé des personnes et ainsi contribuer à l'apparition et, ou au développement de certaines maladies (Health Council of the Netherlands, 2004). Pour Kaplan (1989) et Ulrich (1983), la nature a un effet « réparateur », c'est-à-dire que le contact avec un milieu naturel contribue à la récupération de toute forme de stress et réduit la fatigue des personnes en leur permettant de se distancer de leurs activités et préoccupations quotidiennes. Ces deux auteurs soutiennent que regarder ou passer quelque temps dans un espace vert entraîne des réactions émotionnelles positives pour la santé. La littérature signale également que l'environnement « nature » permet le ressourcement et aide à donner du sens à la vie (Health Council of the Netherlands, 2004). Dans chacun des quartiers, un répondant y fait référence.

Nous noterons que la littérature consultée rapporte aussi que la nature peut jouer un rôle en diminuant la présence de comportements agressifs et qu'elle aurait un impact positif sur la santé mentale des individus (Laumann, Garling et Stormark, 2003 ; Taylor, Kuo et Sullivan, 2002 ; Kaplan, 2002).

La présence d'espace vert pourrait également influencer indirectement la santé en favorisant la pratique d'exercices physiques (Maas et coll., 2009 ; Mitchell et Popham, 2008 ; Health Council of the Netherlands, 2004). Un environnement attrayant, verdoyant à proximité de chez soi encourage des activités quotidiennes comme la marche. Il est devenu évident que faire suffisamment d'exercices est important dans le maintien en bonne santé et abaisse le risque de développer de nombreuses maladies chroniques (Health Council of the Netherlands, 2004). Cependant, tel que mentionné par Saelens et coll. (2003, cités par Mitchell et Popham, 2008), les personnes les plus défavorisées font peu d'activités physiques ; cela est dû en partie au fait que l'environnement est moins propice à encourager de telles activités. Mais il y a aussi une question de culture. Si plusieurs de nos répondants du quartier de Pointe-Saint-Charles résident à proximité d'un parc, nous avons pu observer que très peu d'entre eux profitent de ces espaces. La plupart n'y voient pas l'intérêt : « Je ne sais pas pourquoi j'irais dans le parc », « Si j'avais des enfants, j'irais sans doute dans le parc », « Il n'y a rien à faire là-bas ». Sans

que notre étude puisse le confirmer, d'autres facteurs pourraient également être considérés pour expliquer ce désintérêt, comme des équipements publics inadéquats ou encore l'absence d'animation.

Enfin, l'environnement « nature » peut avoir un effet bénéfique sur la santé dans la mesure où il facilite les contacts sociaux (Groenewegen, 2006 ; Health Council of the Netherlands, 2004) à travers des espaces aménagés de rencontre comme des bancs et des tables, des activités ou encore le jardinage. D'ailleurs, les parcs urbains avec des équipements sont jugés plus attrayants que ceux qui n'en ont pas. Nos répondants dans le quartier de la Samaritaine aimeraient voir l'aménagement de petits carrés de verdure avec du mobilier urbain pour encourager la rencontre entre les habitants et briser la solitude de certaines personnes.

Nous avons aussi envisagé l'existence de liens entre la santé et l'environnement « décor ». Quelques-uns de nos répondants ont signalé qu'ils apprécient visuellement leur quartier, leur rue. C'est le caractère esthétique de l'endroit qui est ainsi signifié. Fischer et Dodeler (2009) constatent que très peu de recherches portent sur l'impact des caractéristiques architecturales du lieu. Les quelques études existantes montrent toutefois qu'il existe une influence sur la santé. Les qualités de l'endroit où l'on vit affecteraient la santé en suscitant un sentiment de bien-être (Fischer et Dodeler, 2009) et dans certains cas, une certaine fierté de faire partie du lieu.

Le quartier urbain est un lieu par excellence où se développent dans un espace relativement restreint des configurations qui sont tributaires de représentations et de pratiques sociales relatives à l'espace. Dans de tels espaces restreints géographiquement, nous pouvons constater d'un côté la complexité des liens entre la santé et l'environnement et de l'autre, la difficulté de saisir l'impact réel de l'environnement sur la santé en raison entre autres de la multiplicité des facteurs qui entrent en jeu. La qualité de l'environnement et ses effets sur la santé correspondent à une préoccupation sociétale qui est étudiée de manière encore embryonnaire sous l'angle des représentations sociales que les personnes en ont. L'émergence des questions de relation entre la santé et l'environnement nous oblige à repenser les choses et à porter un nouveau regard sur le sujet, au cœur d'une certaine tension entre

une approche phénoménologique et celle des investigations scientifiques et épidémiologiques. En ce sens, notre discussion des résultats tente de croiser l'univers des représentations sociales des liens entre la santé et l'environnement telles qu'elles se manifestent au sein de populations défavorisées, et les résultats d'autres types d'études repérées dans la littérature spécialisée.

6.2.4 Le rapport à l'environnement privé : le logement

Un élément qui joue un rôle très important dans la perception que les individus peuvent avoir de leur environnement est le logement et la satisfaction qu'ils en ont. Nous avons abordé ce point pour chacun des deux quartiers dans le chapitre 5. Nous avons vu que certaines questions liées au logement sont de nature très contextuelle. C'est le cas par exemple de l'humidité résidentielle mentionnée à de très nombreuses reprises dans le quartier de la Samaritaine. Dans cette section, nous ferons une synthèse du rapport au logement en mettant en lumière les points de convergence et de divergence entre le quartier Pointe-Saint-Charles et celui de la Samaritaine.

Le logement est d'abord d'un lieu d'intimité, mais aussi un lieu d'enracinement et de stabilité, qui correspond au phénomène d'« être chez soi » (Fischer et Dodeler, 2009 ; Fischer, 1997). Celui-ci s'accompagne le plus souvent d'un sentiment de satisfaction et de bien-être. Ce point est relativement consensuel : en dehors de quelques exceptions, les interviewés, surtout dans le quartier Pointe-Saint-Charles, sont habituellement plutôt enclins à se montrer « satisfaits ». Il faut une situation exceptionnelle pour que la personne déclare ne pas être satisfaite. Nous avons signalé précédemment que la plupart des personnes, dans les deux cas étudiés, ne veulent pas déménager. À cet effet, on peut sans doute considérer qu'il est difficile pour certaines personnes de porter un jugement globalement négatif sur son logement, car celui-ci renvoie à l'image que l'on a de soi : dire que l'on n'est pas du tout satisfait de son logement, c'est en partie donner à voir une représentation de soi dépréciée (Bigot et Hobain, 2009).

La satisfaction par rapport à son logement se nourrit de plusieurs éléments. Peu importe le quartier, le premier élément est le montant des ressources financières que les

personnes y consacrent. La presque totalité de nos répondants occupent des logements sociaux ou équivalents. Pour la plupart, leur loyer est donc considéré comme abordable. Cependant, nous avons aussi vu que malgré cela, il ne leur reste généralement plus grand-chose pour les autres types de dépenses. Certains de nos répondants ont insisté sur l'importance de se faire un budget, sur la nécessité d'utiliser toutes les ressources communautaires comme les banques alimentaires et les magasins de vêtements usagés pour parvenir à s'en sortir. D'autres, comme dans le quartier de la Samaritaine, ont développé des petites activités rémunératrices non déclarées : ménage, couture, peinture, vente de soupe.

Un second élément de la satisfaction que l'on éprouve vis-à-vis de son logement concerne l'espace d'intimité. La majorité des personnes tant à Pointe-Saint-Charles que dans le quartier de la Samaritaine semble satisfaite à cet égard. Lorsque le manque d'espace est signalé, c'est surtout l'absence d'une chambre séparée de la cuisine qui est mentionnée. Dans le quartier de Pointe-Saint-Charles, un seul de nos répondants signale qu'il reste le moins possible dans son logement parce que tout est dans la même pièce.

Nous pouvons dresser une liste de quelques facteurs susceptibles d'influencer la satisfaction en matière de logement qui ont été repérés dans le discours de nos répondants, peu importe le quartier : la localisation dans le quartier, le confort, la luminosité, le chauffage, les possibilités d'aération. On peut noter quelques différences entre Pointe-Saint-Charles et le quartier de la Samaritaine, particulièrement en ce qui concerne l'aération des logements.

Nous avons aussi vu que le quartier de la Samaritaine est surtout confronté à une problématique d'humidité. Plusieurs personnes ont dû déménager, pour des raisons de santé, dans d'autres logements sociaux rendus disponibles dans la rue ; certaines se retrouvent dans un appartement de transit en attendant de réintégrer leur logement initial une fois la situation résolue.

6.3 Vers des stratégies d'interventions éducatives

L'idée sous-jacente au deuxième objectif de cette recherche est qu'en comprenant mieux comment les personnes défavorisées se représentent la santé, l'environnement et les liens entre les deux, on pourra identifier des pistes d'intervention éducative plus appropriées pour améliorer leurs conditions de vie. Or, comme le rappellent plusieurs auteurs (dont Gaudreau, 2000 ; Berrat, 1994 ; Cimon, 1994 ; Prue, Wynder, Sharf et Resnicow, 1987), la plupart des programmes d'intervention notamment en éducation « à » et « pour » la santé - mais sans doute en matière d'environnement aussi - insistent d'abord sur la transmission d'informations, malgré le fait que les liens entre les connaissances et les conduites en matière de santé ne sont pas empiriquement démontrés (Chamberlain, 2009). Par exemple, rappelons que de nombreuses personnes que nous avons interviewées tant dans le quartier Pointe-Saint-Charles que dans celui de la Samaritaine s'engagent dans des conduites « pathogènes » qui peuvent affecter leur santé, comme fumer, « mal manger » ou mener une vie sédentaire, tout en connaissant *à priori* les risques auxquels elles s'exposent.

Notre objectif n'est pas de dresser ici un inventaire critique des pratiques et des instruments existants et déjà utilisés dans le domaine de la santé et de l'environnement pour chacun des deux quartiers où nous avons ancré notre étude, mais plutôt d'ouvrir un espace de réflexion concernant le développement de stratégies d'interventions éducatives appropriées.

Dans chaque quartier, nous avons pu observer plusieurs initiatives menées par des organismes communautaires, en vue d'améliorer le cadre de vie des personnes défavorisées. Cependant, il nous faut constater que la plupart de ces interventions sont de nature informative et visent à diffuser des renseignements et des savoirs : information sanitaire, information concernant les démarches pour se faire rembourser de frais paramédicaux, information sur le recyclage, campagne de sensibilisation à la propreté des espaces de vie publics, etc. Cette diffusion se fait à travers des affiches dans les locaux des organismes communautaires, dans des brochures, dans les journaux locaux ou encore lors de réunions thématiques. Même si certaines nuances seraient à signaler à cet effet entre le quartier Pointe-Saint-Charles et celui de la Samaritaine, nous avons

pu constater lors de nos entrevues que les personnes rencontrées semblent finalement peu s'engager dans les divers projets communautaires. Or, si l'on veut contribuer à développer les compétences de personnes défavorisées leur permettant de participer à l'amélioration de leur milieu et de leurs conditions de vie, il faut examiner dans un premier temps jusqu'à quel point ces personnes ont un certain contrôle de leur environnement, de leur santé et des conditions qui affectent leur environnement et leur santé. Une première étape consiste à tenter de saisir comment ces personnes se représentent leur environnement et leur santé dans leur propre contexte. L'exploration des représentations serait ainsi une des clés pouvant nous aider à cerner le sens qu'elles donnent à la santé et à l'environnement, à mieux comprendre leurs conduites en matière de santé et d'environnement et à déterminer leurs besoins.

L'étude des représentations sociales met en évidence la valeur et l'importance des savoirs de sens communs dans la vie quotidienne de personnes (Jodelet, 2003 ; Seca, 2002 ; Faltermaier, 1992) et aide à mieux comprendre leurs conduites. Le succès de nos interventions éducatives va donc dépendre en partie de notre habileté à travailler à partir de ces représentations (Gaudreau, 2000 ; Cimon, 1994 ; Pransky, 1991). En fait, la prise en compte des représentations sociales permet d'anticiper et de renforcer les possibilités de succès dans la mise en œuvre d'interventions éducatives en santé, en environnement et en santé environnementale. Elle permet de mieux saisir les dynamiques sociales impliquées dans les enjeux socio-environnementaux (Garnier et Sauvé, 1999) et sanitaires. Elle donne des informations à partir desquelles nous pouvons créer un espace de réflexion et de dialogue avec les personnes concernées

Tel que nous l'avons signalé dans notre cadre théorique, les représentations sociales, issues de la dynamique sociale entre les personnes, influencent en retour cette dynamique et servent de guide pour l'action. Par ailleurs, comme l'indiquent plusieurs chercheurs, les conduites en matière de santé et d'environnement sont nécessairement inscrites dans un contexte spécifique (Chamberlain, 2009 ; Mielewczyk et Willig, 2007 ; Gaudreau, 2000 ; Garnier et Sauvé, 1999). Il est donc nécessaire de saisir au mieux le cadre historique, social, culturel, économique, voire politique, si l'on veut en comprendre la signification et la logique de ces conduites. Une telle démarche s'applique à collecter des informations à travers des documents (dont le matériel issu des organisations

locales et régionales), la rencontre avec des acteurs clés, l'observation du terrain, mais surtout, la prise en compte des représentations sociales de la santé et de l'environnement et des liens entre les deux chez les personnes concernées. C'est sur ces informations ainsi récoltées que doivent se baser l'élaboration et la mise en place d'interventions éducatives.

Rappelons au passage que notre conception de l'éducation correspond à un processus d'autonomisation qui vise à amener les personnes à participer et à se responsabiliser (Lazarus, 2001). Elle correspond à une démarche de transformation sociale avec et par les personnes. Elle s'articule autour de la question fondamentale suivante : comment construire, avec les personnes, les conditions favorables aux transformations sociales qui leur permettront d'améliorer leur qualité de vie ? L'éducation est ici de nature émancipatrice : elle oriente et accompagne les personnes dans la recherche de solution à leurs difficultés. L'émancipation implique le développement d'un « pouvoir agir » en contexte : un pouvoir individuel et surtout collectif, un « je peux » et « nous pouvons », en termes de possibilités. Certains auteurs parleraient ici de « capacitation » (dont Maurel, 2010 ; Garibay et Séguier, 2009). Ce néologisme fait référence à la mise en place de conditions propices à l'engagement des personnes.

Dans une telle perspective, le rôle des intervenants dans les deux quartiers où nous avons ancré notre collecte de donnée est certes de développer des connaissances et des pratiques qui visent à améliorer ou à soutenir la qualité de vie des personnes et à améliorer leur sort, mais elle consisterait surtout à stimuler une participation authentique de leur part. Par conséquent, déterminer comment nous faisons les choses se situe au coeur d'une démarche éducative de nature socio-critique. En fait, nous n'aidons pas les personnes défavorisées lorsque nous proposons des interventions qui ne prennent pas en compte les circonstances de vie personnelle et partagée collectivement. Comme illustration de ce propos, nous avons vu au chapitre précédent la difficulté, voire l'impossibilité pour de nombreuses personnes qui résident dans le quartier de la Samaritaine de trier les déchets non seulement pour des raisons économiques, mais aussi pour des raisons logistiques. Pourtant des rencontres d'information ont été

organisées par la Ville de Bruxelles (Bruxelles Propreté⁹⁶). Les personnes sont informées. Cependant, les sacs de triage doivent être achetés dans des magasins et aucun commerce de proximité n'offre ce service. Dans le quartier Pointe-Saint-Charles, c'est l'absence de bac de recyclage dans plusieurs immeubles à logements sociaux qui amènent les personnes à ne pas participer au recyclage de leurs déchets. Comme on le voit, certaines conditions du milieu comme la présence ou l'absence de dispositifs facilitants induisent certaines pratiques. On se retrouve donc dans une situation où l'on risque souvent de blâmer les personnes et de s'inscrire dans un courant moralisateur qui tend à culpabiliser certains groupes sociaux. Il nous paraît donc très important de comprendre pourquoi les personnes agissent de telle ou telle manière ou tiennent un tel discours, en vue de faciliter leur engagement et leur participation dans des actions locales qui les concernent. Sauvé (2005, p. 37) nous rappelle que la perspective socio-critique reconnaît le caractère contextuel de tout phénomène social : « elle considère ces situations ou phénomènes comme des réalités singulières idiosyncrasiques qui ne peuvent être saisies que dans le contexte spécifique où elles émergent et se situent ». Dès lors, si nous ne réussissons pas à engager les personnes de façon appropriée dans la prise en charge des réalités qui les concernent, en tenant compte de leur contexte social, alors tous les efforts visant à les aider risquent probablement d'échouer (Chamberlain, 2009 ; Restoin, 2008).

Dans notre analyse du discours, nous avons souligné à plusieurs reprises l'existence de multiples éléments paradoxaux chez les personnes concernant leurs représentations de la santé, de l'environnement et des liens entre les deux. Le discours et le vécu des personnes peuvent être ambivalents ou contradictoires. À titre d'exemple, plusieurs répondants ont développé un discours prescriptif en matière de santé, mais ils ne l'appliquent pas. Il nous est souvent apparu difficile d'expliquer de telles situations paradoxales ; elles sont à la fois une affaire personnelle et une affaire sociale (Barel, 1988). Il nous faut cependant reconnaître la valeur heuristique du paradoxe qui réside dans sa capacité à interroger, à remettre en cause, à pointer les incohérences ou les

⁹⁶ Des opérateurs assurent la propreté dans la ville de Bruxelles, notamment en collectant les déchets : le Service communal de la Propreté publique et l'Agence régionale Bruxelles-Propreté. L'Agence régionale a aussi pour objectif d'inciter les personnes à trier leurs déchets. Elle organise - à la demande d'organisations communautaires - des animations dans les quartiers et distribue de la documentation.

zones d'ombre d'un raisonnement, d'une opinion, d'une situation, d'un problème (Perret et Josserand, 2003). La mise au jour de telles tensions contradictoires peut finalement engendrer des dynamiques créatives entraînant les personnes dans un processus de changement qui s'inscrit dans une démarche dialectique ; la prise de conscience de ces situations contradictoires peut engendrer des conflits cognitifs ou affectifs, menant à la résolution de ces tensions (Maurel, 2010).

Adopter une approche de nature socio-critique pour nos interventions éducatives, c'est entre autres soulever un questionnement à propos de ces situations paradoxales. C'est aussi chercher à comprendre comment les conduites en matière de santé et, ou d'environnement se positionnent historiquement, culturellement et socialement, comment elles s'associent ou non à certaines formes d'engagement et de relations entre les personnes et comment les connaissances sont acquises, intégrées et utilisées (Chamberlain, 2009). Une telle approche cherche avant tout à mettre en place des espaces et des moyens pour permettre aux personnes défavorisées de s'interroger sur la manière dont elles conçoivent l'environnement, la santé et les liens entre les deux, et sur leur propre agir en la matière. En prenant une telle direction dans nos interventions éducatives, nous encourageons et nous valorisons la compréhension des phénomènes en question par les personnes, nous prenons en compte leur vie quotidienne et les contextes sociaux dans lesquels elle se déroule, nous les reconnaissons comme expertes de leur vie et de la dynamique du quartier.

À travers notre démarche de recherche qui visait à donner la parole aux personnes défavorisées à propos des thématiques étudiées, nous nous rendons compte que nous avons déjà accompli un premier acte éducatif qui s'inscrit pleinement dans une perspective socio-critique. Les personnes ont été amenées à parler de leur quartier, de leur rue, de leur logement et de la santé (ou de leur santé). Elles ont été invitées lors des entrevues à envisager éventuellement des liens entre ces réalités - de nature cognitive, affective, axiologique, praxéologique ou autres. À la fin de chaque entrevue, nous avons proposé un retour sur celle-ci en demandant à chaque personne interviewée de dire ce qu'elle pensait de la rencontre. Les verbes « réfléchir », « penser » sont mentionnés à plusieurs reprises. La dimension cognitive (méta-cognitive, en fait) est bien présente. Nous observons dès lors une première prise de conscience individuelle (en entrevue) ou

collective (lors des rencontres de groupe) sur le rapport à la santé, à l'environnement et aux liens entre la santé et l'environnement. Cette prise de conscience est surtout présente auprès des personnes que nous avons rencontrées dans le quartier Pointe-Saint-Charles.

Ce qui est le fun avec toutes tes questions, c'est que je suis obligée de réfléchir plus. Je dois réfléchir et penser. C'est ça... Cela a quand même bien été. Je suis contente d'avoir pu participer à cette entrevue. (Sylvie)

J'ai trouvé cela super intéressant pour moi, car cela m'a obligée à faire des réflexions. Cela m'a fait réfléchir, à savoir ce que j'aime encore et ce que je n'aime pas [dans le quartier] et pourquoi. [...] J'ai vraiment bien aimé. J'aimerais savoir ce que les autres pensent de la santé et de l'environnement. (Marie-Josée)

Il y a des choses que je vous ai dites auxquelles je n'avais peut-être jamais pensé avant. En répondant à tes questions, je comprends mieux les choses. Je suis un peu à la croisée des chemins... Connaissez-vous cette émission à Radio-Canada ? « La Croisée des chemins », c'est une émission où des gens parlent. Ils disent qu'ils ont fait une rencontre qui provoque comme un changement dans leur vie [...] Tu rencontres quelqu'un, tu discutes avec elle et ça provoque un déclic dans ton cheminement. (Lise)

Notre recherche a également permis de confirmer l'importance de créer des espaces de parole pour les personnes défavorisées. De telles rencontres autour de thématique constituant des enjeux sociaux pour les personnes leur offrent des expériences intéressantes et enrichissantes tant pour la collectivité que pour chacun. Les personnes peuvent se sentir « écoutées », « comprises », partager leurs points de vue, sans qu'il y ait aucun jugement.

Moi, je suis tout seul aussi. C'est rare que je parle. Cela m'a fait du bien. Là, on a quand même parlé pendant plus de deux heures. C'est correct. J'ai pu te partager des informations sur le quartier et la santé. J'espère avoir été suffisamment clair dans mes idées (Jacques)

Je trouve cela aussi intéressant pour moi comme expérience parce que je n'avais jamais vécu cela. (Marc)

Nous savons aussi qu'en dehors des entrevues, les personnes dans chacun des deux quartiers se parlent entre elles. Elles s'échangent des informations et font circuler dans l'espace social des idées, des concepts, des percepts, des affects, du savoir, des pratiques, etc. Ainsi, l'entrevue de recherche ne rejoint pas que ses propres objectifs, elle peut mettre en circulation dans le groupe social des informations nouvelles et

susciter des échanges sociaux autour de certaines thématiques comme celles appréhendées dans notre étude.

Cette prise de parole constitue la première étape de toute démarche éducative émancipatrice. Elle s'inscrit pleinement dans une perspective socio-critique. Par parole, il faut entendre ce que Roche (2002) appelle une « parole pleine » qui constitue déjà « un acte qui engage celui qui la pose ». C'est aussi faire un retour réflexif sur son discours (Roche, 2002). C'est également passer par des rencontres de groupe pour co-construire ou reconstruire collectivement des savoirs en matière de santé, d'environnement et de relation entre les deux, dans une démarche qui ne se limite pas uniquement à un échange de savoirs déjà existants et apportés par chacun. On comprend ici que les savoirs produits dans un processus engageant les personnes ont des tonalités et un sens particulier qui les distinguent des savoirs savants. Ce sont d'abord et avant tout des savoirs d'action, à visée critique et émancipatrice, portés par chacun et construits ou reconstruits dans l'interaction sociale.

Une approche socio-critique implique dès lors un engagement de la part des intervenants. Elle attire notre attention sur des questions concernant le vécu des populations défavorisées en milieu urbain et nous interroge sur des questions éminemment sociétales afin d'orienter notre démarche vers la résolution des problèmes liés aux injustices socio-écologiques de santé. Une telle approche met l'accent sur les divers processus d'exclusion de la société et vise à orienter nos interventions pour tenter de les corriger. L'éducation est l'un des espaces sociaux particulièrement interpellés par ces questions fondamentales. D'ailleurs comme l'affirment Framer, Nizeye, Stulac et Keshavjee (2006), les structures sociales qui fonctionnent pour limiter les gens dans la réalisation de leur potentiel peuvent être associées à de la « violence structurelle ».

Soulignons aussi que l'approche socio-critique fait appel à la participation des acteurs d'une situation éducative. Il convient dès lors de discuter des diverses conditions qui nous semblent nécessaires pour que la participation des personnes dans les quartiers défavorisés soit effective et efficace, c'est-à-dire que celles-ci tendent à contribuer le plus possible à la résolution des problèmes en matière de santé, d'environnement et des liens entre les deux.

Nous avons observé au cours de notre analyse qu'il existe plusieurs manières de participer et plusieurs niveaux de participation. D'une part, et plus fondamentalement, participer : c'est prendre part à, c'est s'impliquer et s'engager. Il s'agit dès lors de donner du « pouvoir » aux personnes et de les associer à la prise de décision concernant les façons d'améliorer leur milieu de vie (Arnstein, 2006). Mais d'autre part, il y a aussi une participation « passive » qui se réduit le plus souvent à vivre une situation ou un événement sans nécessairement agir. On peut aisément illustrer cela en rappelant le cas de résidents du quartier de la Samaritaine qui participent par leur présence à différentes activités tel que le barbecue annuel ; d'autres, par contre, prennent une part plus active en assurant la logistique de l'événement. En fait, comme nous l'avons constaté dans le discours des personnes interviewées, il existe des paliers significatifs de participation des habitants (Arnstein, 2006⁹⁷). Trois niveaux sont signalés dans le discours de nos répondants : l'information, la sollicitation et l'implication communautaire. Ils correspondent tous à une « participation symbolique ».

Nous avons mentionné précédemment que la plupart des interventions dans les deux quartiers visaient à informer les personnes. Selon Arnstein (2006), il s'agit d'un premier pas - le plus important - vers la participation. Trop souvent, on privilégie une information à sens unique qui ne prend pas toujours en compte les savoirs de la collectivité. Les instruments les plus fréquemment utilisés dans une telle communication à sens unique sont les brochures et les affiches.

La sollicitation de l'avis des personnes (telle que nous l'avons observée dans les deux quartiers) peut constituer un deuxième niveau de participation. Mais elle ne s'enracine pas toujours dans les préoccupations des personnes. À cet effet, les réunions de quartier ou les réunions menées par des organismes communautaires constituent les méthodes les plus souvent utilisées pour consulter les habitants. Cependant, plusieurs de nos répondants ne participent pas aux réunions de quartier par manque d'intérêt et

⁹⁷ Sherry Arnstein (2006) a défini une échelle de participation citoyenne comprenant huit niveaux de participation : La Manipulation et la Thérapie décrivent le niveau de « non-participation » ; l'information, la consultation et la réassurance correspondent à une « coopération symbolique » ; le partenariat, la délégation de pouvoir et le contrôle citoyen permettent le « pouvoir effectif des citoyens ».

de motivation, en raison aussi parfois de la difficulté de se déplacer à l'endroit de la rencontre, mais également parce que leur participation est dépendante de leur perception des limites de leurs compétences individuelles qui fait en sorte qu'ils se sentent non concernés ou inaptes à s'impliquer. Certains estiment même que cela ne sert à rien ou sont agacés par les relances constantes faites par des intervenants sociaux. Ainsi, dans le quartier Pointe-Saint-Charles, bien que plusieurs répondants nous parlent de l'importance des jardins potagers communautaires comme espace de rencontres sociales et comme moyen d'avoir accès à une alimentation saine, et bien qu'ils aient été invités à y participer ou ont reçu de l'information à ce sujet, aucun ni participe.

À un troisième niveau de participation, la présence dans le Conseil d'administration des organismes communautaires permet aux personnes d'exercer une certaine influence. Cette participation reste toutefois symbolique et dans de nombreux cas, elle répond à une règle structurelle. Rappelons en effet que dans le quartier Pointe-Saint-Charles, la plupart des associations ont l'obligation d'avoir des résidents du quartier dans leur Conseil d'administration. Cette nécessité de faire participer les habitants apparaît comme un mode de fonctionnement qui s'enracine dans la culture « ouvrière » du quartier. Rappelons que plusieurs des organismes communautaires, comme la Clinique communautaire ou le Carrefour d'éducation populaire, sont le résultat de revendications de la part des habitants mobilisés pour améliorer leurs conditions de vie. Cependant, plusieurs de nos répondants déplorent le peu de place qu'on leur accorde et la prédominance des professionnels.

Il faut que tu habites le quartier pour être sur le Conseil d'administration. Mais maintenant, le pouvoir est plutôt donné aux employés plutôt qu'aux gens du quartier. [...] J'appelle cela de « grosses machines ». Pour la Clinique communautaire, tu as peut-être dix représentants d'équipe au conseil d'administration et puis là, tu as des citoyens. Ton nombre de citoyens est de trois ou quatre pendant que tout le reste est composé de dix personnes de l'intérieur ou plus. Tu n'as finalement que quatre personnes de l'extérieur. C'est difficile dans ce temps-là. (Françoise).

Afin de susciter une participation véritable, nous pourrions formuler les recommandations suivantes⁹⁸ aux intervenants sociaux de quartiers défavorisés :

- favoriser les conversations individuelles avec les personnes en créant un canal de communication où elles se sentent écoutées, acceptées ;
- organiser des rencontres de groupe entre celles-ci, mettant à profit la dynamique d'échange et de mise en confiance créée par les conversations interpersonnelles ;
- orienter les rencontres de groupe vers le renforcement d'un pouvoir-faire collectif en créant des relations de confiance entre les personnes basées sur le désir de participation ;
- susciter des rencontres autour d'événements dans les rues, les places, les parcs du quartier pour amener les personnes à se réapproprier et réinvestir des espaces « publics » ;
- stimuler des projets collectifs émergeant de cette dynamique d'échange telle que : 1) la revendication de la mise en place ou de l'amélioration des aménagements urbains qui favorisent la convivialité, les échanges sociaux et la participation à ces opérations ; 2) la revendication de la mise en place de dispositifs favorisant par exemple, la collaboration aux activités de récupération et recyclage ou la création d'une cuisine collective avec la participation des personnes du quartier ; 3) la mise en place d'un « observatoire » du quartier.

Notre proposition est en résonnance avec les fondements et les pratiques de l'éducation populaire. Elle s'inspire des travaux de Paolo Freire⁹⁹. L'éducation populaire vise l'accès

⁹⁸ De telles recommandations s'apparentent en partie à une démarche de recherche-action émancipatoire souvent associée à une recherche-action participative. Celle-ci amène un groupe de participants à envisager collectivement des solutions à leurs problèmes à travers une action, après une recherche, une analyse du contexte et un diagnostic réalisés par les personnes elles-mêmes. L'intervenant social - ou animateur - chargé d'accompagner le groupe laisse une totale liberté d'initiative à celui-ci ; il n'est là que pour « faciliter » la démarche entreprise par le groupe. (Lavoie et Panet-Raymond, 2011, pp.143-148)

⁹⁹ Paolo Freire était un éducateur brésilien reconnu pour sa méthode d'alphabétisation et ses idées contre l'oppression. Son œuvre la plus connue est : *La pédagogie des opprimés* (1970). Pour lui, la pédagogie doit être envisagée prioritairement comme un instrument d'autonomie et de développement d'une pensée critique qui permettrait à chacun d'« être pour soi » au lieu d'« être pour un autre ». Pour Paolo Freire, l'éducation est aussi émancipatoire quand elle consiste en la construction collective des connaissances à partir de la réalité complexe et changeante, ce qui suppose de concevoir l'éducation comme un processus continu avec une constante remise en question. Enfin, dans la pensée de Paolo Freire, le formateur (pour nous, l'intervenant social),

de tous aux savoirs et à la culture, dans un souci permanent du bien commun (Garibay et Séguier, 2009). C'est à la fois une éducation théorique et pratique qui valorise les savoirs collectifs et qui stimule la recherche de réponses sociétales. L'éducation populaire mise sur le partage des connaissances, des compétences, des expériences, pour permettre l'épanouissement de chacun en tant qu'individu et en tant que membre de la collectivité. Il s'agit de favoriser chez les personnes l'atteinte d'une certaine compréhension du monde dans lequel elles vivent, afin de pouvoir y prendre leurs places et participer aux transformations sociales. (Garibay et Séguier, 2009 ; Leterrier, 2001). La participation responsable y est dès lors posée comme une posture incontournable (Leterrier, 2001). La question sociale du moment concerne la précarité et l'exclusion sociale. Par rapport à cela, l'éducation populaire tente de trouver des pistes de solution de nature « politique » (c'est-à-dire qui concerne les affaires collectives). De par ses objectifs, l'éducation populaire rejoint notre proposition : une perspective émancipatrice et une « transformation sociale ».

Mieux saisir nos représentations de la santé, de l'environnement et des liens entre les deux pour mieux comprendre notre agir, prendre en compte le savoir de sens commun, développer l'esprit critique, comprendre le monde et être acteur de changement constituent des caractéristiques importantes d'une éducation émancipatrice. Une telle approche socio-critique occupe une place centrale dans notre proposition. Elle est relativement encore peu fréquente dans les interventions actuelles tant en éducation relative à la santé qu'en éducation relative à l'environnement. Pourtant de nombreux signes nous conduisent à penser que c'est probablement dans cette voie que des actions novatrices en vue d'améliorer les conditions de vie des personnes défavorisées devraient se déployer : il s'agit de favoriser une conscientisation individuelle et collective qui se construit dans les interactions avec les autres et la mise en œuvre d'actions plus cohérentes avec les représentations que les personnes se font de leur santé, de leur environnement et des relations qu'ils établissent entre les deux.

apprend, n'enseigne pas, ne résout pas les problèmes, mais pose des questions qui favorisent la réflexion et l'acquisition de connaissances (Garibay et Séguier, 2009).

6.4 Des perspectives de recherche

Il est difficile de dire que cette recherche, dans le cadre de notre doctorat, prend fin ici, tant la réalité phénoménologique étudiée des liens entre la santé et l'environnement est vaste. Le champ des représentations sociales est immense et toute enquête aussi spécifique soit-elle, ne peut finalement couvrir qu'une partie nécessairement limitée du domaine. Rappelons-nous aussi que notre recherche est de type exploratoire. Elle vise à appréhender une réalité phénoménologique peu étudiée. Elle amène dès lors un lot de questions nouvelles. Il s'agit de questions d'approfondissement qui permettrait de mieux cerner certains points, mais également des questions d'ordre méthodologique.

Pour commencer, nous aimerions rappeler l'intérêt de mener des recherches qui donnent la parole à une population souvent oubliée et qui accordent du pouvoir à cette parole et de la légitimité à celui qui l'énonce. En se centrant sur le champ discursif des personnes défavorisées, on évite aussi un certain effet de compassion du chercheur. En menant cette étude dans deux quartiers défavorisés, nous avons appris beaucoup sur le vécu des personnes rencontrées ; nous avons été mis en contact avec d'autres valeurs, d'autres regards, d'autres modes de vie de société. Cependant, en étant extérieur à la vie des deux quartiers et en n'étant pas membre d'un organisme communautaire qui intervient dans le lieu, il m'a été plus difficile en tant que chercheur d'entrer en contact avec la population cible. Par contre, j'ai eu le privilège d'entendre des « morceaux » de vie, authentiques et intenses, racontés sans aucune retenue : de véritables récits de vie parfois très intimes. J'ai aussi eu accès à des informations inédites que les personnes n'osent pas toujours donner aux intervenants communautaires. De telles données reflètent une mise en confiance générée sans doute par une certaine forme d'empathie de la part du chercheur à l'égard des personnes rencontrées. Mais c'est sans doute aussi le positionnement sur un mode dialogique pour collecter nos données qui a facilité cela. Nous croyons que de telles occasions constituent de puissants antidotes au dogmatisme épistémologique et méthodologique. Nous croyons que des recherches comme la nôtre devraient venir enrichir les nombreuses études de type épidémiologiques entreprises auprès des populations défavorisées et offrir ainsi l'opportunité de poser un nouveau regard complémentaire aux données statistiques, sur les enjeux concernant les inégalités socio-écologiques de santé.

Notre recherche a pu mettre en évidence de nombreuses similitudes entre les deux lieux dans lesquels nous avons ancré notre collecte de données. Certaines informations nous amènent à envisager la possibilité de vérifier la généralisation de plusieurs catégories représentationnelles de l'environnement et, ou de la santé auprès de ce type de population. Par exemple : questionner l'environnement n'amène-t-il pas toujours une énumération de problèmes ? La pollution et la malpropreté ne sont-elles pas des éléments qui font partie des problématiques environnementales urbaines, peu importe le quartier où l'on réside, peu importe son appartenance sociale ? Souvenons-nous que l'environnement « problème » semble être l'une des pièces majeures du casse-tête synthétisant les liens avec la santé (figures 6 et 9).

Nous avons vu que pour plusieurs personnes rencontrées, la nature (parcs, espaces verts) est notamment un facteur de bien-être psychologique : détente, récupération du stress. Notre recherche exploratoire a mis en lumière une relation entre l'environnement « nature » et différentes catégories représentationnelles de la santé. Très peu d'études en santé publique ont été menées sur les avantages possibles des espaces verts pour la population défavorisée. Deux pistes pour des recherches futures sont alors envisagées. Premièrement, les liens entre les espaces verts et la santé pourraient être étudiés directement au moyen d'indicateurs de la santé et de bien-être. Deuxièmement, la relation entre la santé et la nature pourrait être appréhendée indirectement, en examinant comment la nature agit ou influence notre santé.

Il pourrait aussi être intéressant d'approfondir la relation entre l'espace public et le « bien-être » ou « mal-être » psycho-social. Nous avons mis en évidence des éléments de représentations paradoxales. Les personnes insistent sur l'importance de l'entraide et de la solidarité entre les résidents du quartier et manifestent par ailleurs une réelle impression de solitude. Quels aménagements locaux pourraient renforcer la dynamique relationnelle entre les habitants ?

Cette thèse concerne aussi la recherche d'approches et de stratégies d'éducation relative à la santé, à l'environnement et aux liens entre les deux. Pour mieux planifier les interventions éducatives dans chaque quartier, quelques questions pourraient être

ajoutées à notre guide d'entretien que nous avons utilisé lors de notre collecte de données : Parmi la population, qui s'informe sur la santé et, ou sur l'environnement du quartier ? Quels types d'information les personnes recherchent-elles ? Comment s'informent-elles ? Sur quoi ? Des éléments de réponses se trouvent déjà dans nos résultats d'analyse. Cependant, en répondant à ces questions de manière plus précise que dans cette recherche, nous pourrions mieux cerner les différentes formes que peut prendre l'information en matière de santé et, ou d'environnement, mieux adapter le contenu de nos messages et aussi le canal de transmission de ceux-ci, selon les caractéristiques sociales des personnes interrogées. Il s'agirait d'étudier la plus ou moins grande facilité d'accès à l'information, les manques ressentis, les opinions exprimées en fonction des différentes sources pour mieux adapter les interventions éducatives. Notre perspective est d'amener les personnes à comprendre leur univers pour mieux le reconstruire.

Rappelons que notre méthodologie s'appuyait principalement sur des entrevues individuelles et de groupes semi-dirigées ou semi-structurées (chapitre 3). Elles ont toutes pris la forme d'un dialogue. D'autres recherches sur le sujet pourraient intégrer les techniques associatives comme stratégie de collectes des données. Le principe de celles-ci consiste à rendre manifeste un lien entre un inducteur (la santé, l'environnement) et les premiers mots qui viennent à l'esprit des personnes interviewées (Flament et Rouquette, 2003). Une telle démarche aiderait probablement le chercheur à mettre en évidence la présence de thématiques récurrentes et la saillance sociocognitive. Elle faciliterait l'analyse de contenu. Pour notre part, nous n'avons pas introduit cette technique dans notre démarche vu les difficultés psycho-sociales de notre public cible. Les personnes rencontrées nous ont parlé plus facilement de leur santé et de leur environnement de proximité à travers les bribes d'un récit de vie.

Dans notre recherche exploratoire, nous n'avons pas pris en compte l'âge et le genre des participants. D'autres études pourraient se faire en nuancant les résultats en fonction de tels critères spécifiques. Ce n'était pas l'objectif de départ de cette thèse.

Aussi nous pensons que l'élaboration de projets de recherche participative avec des populations défavorisées visant à soutenir des interventions qui cibleraient la création

d'environnements favorables à la santé et au bien-être nous paraît être une voie intéressante à développer. Adoptant une approche dialogique similaire à celle mise en œuvre dans nos travaux, de telles recherches favoriseraient la participation des personnes dans l'identification et la caractérisation des problèmes et des besoins, dans l'élaboration des solutions et enfin, dans la mise en œuvre de ces solutions. L'une des retombées éducatives d'une telle démarche de recherche serait donc d'amener les personnes à se percevoir comme des acteurs de changements sociaux, en les incitant à partager leurs expériences dans un contexte favorable à l'agir collectif. Une telle perspective de recherche va dans le sens de nos recommandations pour la mise en place de stratégies éducatives appropriées. En ce sens, l'une de nos propositions de recherche participative serait centrée sur l'élaboration d'un diagnostic de bien-être concernant une population particulière (population défavorisée ou autre). La démarche impliquerait les personnes dans la définition des critères de bien-être, l'inventaire de ceux-ci, la construction d'une grille (catégorisation des éléments) et l'élaboration d'une échelle de valeurs. Cela nous semble d'autant plus important que la notion de bien-être nous paraît *a priori* éminemment subjective. Développer un tel diagnostic collaboratif de bien-être (notion englobante) à partir d'outils co-construits avec les personnes concernées et donc contextualisés, viserait également à identifier des modes d'action que la communauté peut adopter. Un tel projet ou programme de recherche s'inscrit dans la foulée de notre thèse.

Comme on le constate, d'autres investigations sont nécessaires pour cerner les représentations sociales des liens entre l'environnement et la santé chez les personnes défavorisées, en vue de concevoir des interventions appropriées en éducation relative à la santé, à l'environnement et en santé environnementale. Il serait dès lors intéressant d'envisager la poursuite de cette recherche exploratoire soit dans le quartier Pointe-Saint-Charles à Montréal (Québec), soit dans le quartier de la Samaritaine à Bruxelles (Belgique) ou ailleurs. Une recherche action (participative) pourrait être entreprise à condition entre autres (1) de mobiliser les personnes défavorisées pour définir les phases initiales du projet et de s'assurer quelles soient preneuses de la démarche, (2) d'avoir les moyens de soutenir la participation des personnes à la recherche, (3) de réaliser un travail d'accompagnement des personnes dans la valorisation de leurs

expériences et leurs potentialités, et (4) de s'interroger sur les retombées de la recherche (Lavoie et Panet-Raymond, 2011).

Également, une de nos pistes de recherche à venir est celle de collaborer avec les intervenants de différentes associations communautaires et des experts du champ de l'éducation relative à la santé et du champ de l'éducation relative à l'environnement sur le développement de stratégies d'interventions éducatives qui prendrait en compte les résultats de notre analyse.

CONCLUSION

*Savoir n'est pas suffisant, nous devons appliquer.
Vouloir ne suffit pas, nous devons faire.*
Goethe¹⁰⁰

L'étude des représentations sociales permet de saisir et de mieux comprendre le rapport des individus avec les objets en jeu dans leur vie quotidienne. Elle met en évidence l'existence d'éléments d'une vision commune et socialement construite au sein d'un groupe d'individus, mais également, elle souligne des contrastes entre les façons de penser et d'agir de différents groupes, selon leurs contextes et leur positionnement identitaire.

Notre recherche concerne les représentations sociales de la santé, de l'environnement et des liens entre les deux chez des personnes défavorisées en milieu urbain. La plupart du temps, les recherches sur l'association entre un environnement urbain de proximité, comme le quartier, et la santé découlent de plusieurs disciplines, notamment la santé publique, la sociologie, l'ethnographie, la planification urbaine ou encore, l'éducation. Le plus souvent, les chercheurs utilisent l'une des trois approches suivantes pour considérer l'association entre l'environnement urbain et la santé : 1) la mise au jour des contrastes entre le monde urbain et le monde rural, 2) l'étude des différences entre des villes, 3) l'étude des intra-différences au sein de celles-ci. Ce dernier type d'étude a montré par exemple des associations entre les caractéristiques du milieu bâti, l'environnement et le statut socio-économique du quartier, et la prévalence de certaines maladies (Galea, 2005 ; Diez Roux, 2001 ; Cohen, 2000). De telles approches s'inscrivent généralement dans une perspective comparative.

Pour sa part, notre recherche repose sur une démarche ethnographique, et elle croise surtout les champs disciplinaires de la psychologie sociale, de la santé publique, des sciences de l'environnement et de l'éducation. Elle accorde une crédibilité aux savoirs et aux discours de sens commun de populations défavorisées, en tentant de saisir non pas des réalités objectives, mais des construits sociaux et culturels, en tenant compte du

¹⁰⁰ Citation extraite de : Whitacre, P.T. ; Tsai, P. et Mulligan, J. (2009). *The Public Health Effects of Food Deserts : Workshop Summary*. Washington : The National Academies Press

contexte. En ancrant notre collecte de données dans deux quartiers urbains distincts géographiquement, culturellement et historiquement, nous n'avons pas cherché à comparer les deux territoires dans le but de faire une évaluation de ceux-ci, l'un par rapport à l'autre et en fonction de critères. Nous avons plutôt voulu élargir la portée de notre champ d'analyse concernant une réalité phénoménologique complexe. C'est dans cette perspective descriptive et interprétative que nous avons mis en évidence des points de divergence et de convergence entre les deux cas étudiés.

Les liens entre la santé et l'environnement sont de nature complexe. Habituellement, les politiques de santé publique s'attachent à des impacts d'apparence univoque tels que le saturnisme causé par le plomb dans la peinture. Or nous avons signalé que le point de vue des personnes est finalement très peu analysé, alors qu'elles sont directement concernées. À ce sujet, confirmant le propos de divers auteurs (van Steenberghe et Doumont, 2005 ; Howze, Baldwin et Crozier Kegler, 2004 ; Paul, 2004 ; Mougnot, 1998) cités dans le chapitre présentant le cadre théorique de cette recherche, Holtz, Holmes, Stoningen et Eisenberg (2006, p. 16) affirment ceci :

La santé [...] reflète les lieux dans lesquels les gens vivent, le moment de l'histoire qu'ils vivent, l'air qu'ils respirent et l'eau qu'ils boivent, ce qu'ils mangent et en quelle quantité, l'énergie qu'ils dépensent, le travail qu'ils exercent, le statut qu'ils occupent dans l'ordre social et la façon dont ils sont socialisés [...] s'ils sont socialement isolés ou riches en amis, la quantité de soins médicaux qu'ils reçoivent [...] s'ils reçoivent de l'attention dans leur communauté.

Dans une telle approche, la santé est « publique », dans le sens où elle dépasse le cadre médical, qu'elle sollicite les personnes concernées ainsi qu'un ensemble de professionnels pour mettre en place des interventions au niveau de la collectivité.

À notre connaissance, aucun travail ne s'est concentré jusqu'ici sur l'étude des représentations sociales des liens entre la santé et l'environnement auprès d'une population adulte défavorisée en milieu urbain. Pour contribuer à combler une telle lacune de recherche - qui pourrait s'expliquer entre autres par la complexité de ce type d'analyse -, notre recherche doctorale vise à saisir les représentations des liens entre l'environnement de proximité et la santé chez des personnes défavorisées dans deux

quartiers urbains : le quartier Pointe-Saint-Charles (Montréal) au Québec et le quartier de la Samaritaine (Bruxelles) en Belgique.

La contribution de notre recherche peut se décliner sous plusieurs points que nous rappelons brièvement.

Premièrement, nous proposons la prise en compte du contexte de vie des personnes dans toutes ses dimensions, c'est-à-dire historique, sociale, culturelle, économique et politique (ce terme recouvrant les règlements qui régissent nos vies), mais aussi environnementale (le milieu naturel et construit). Ce contexte de vie ne doit pas être considéré seulement comme un facteur explicatif de la santé ou des problématiques environnementales. Il doit être vu comme une matrice de la construction et l'expression de la santé et de l'environnement. La santé est ainsi signifiée et socialisée dans une réalité environnementale qui, en retour, donne du sens à l'idée de santé et à l'agir qui y est associé.

Deuxièmement, notre démarche de recherche permet de saisir la santé et l'environnement comme des objets sociaux, qui s'inscrivent dans des histoires individuelles, sociales et socialisées.

Troisièmement, en nous appuyant sur le discours des personnes, nous mettons de l'avant des explications (étiologie) de sens commun en ce qui concerne la (sa) santé, l'environnement (le sien) et le rapport entre les deux. Une telle approche ne s'inscrit pas en opposition avec celles qui mettraient l'accent sur les facteurs biophysiques, elle en est complémentaire.

Quatrièmement, notre approche ne se limite pas à un modèle explicatif cartésien. Un tel type de modèle rendrait difficilement compte de la dimension écosystémique des liens entre la santé et l'environnement. Notre modélisation prend plutôt l'allure d'un casse-tête (puzzle). Nous sommes cependant conscients des limites d'une telle modélisation (entre autres, limite relative à son opérationnalité) qui tente de traduire toute la complexité de la réalité phénoménologique étudiée et qui se préoccupe de prendre en compte les facteurs socio-culturels ainsi que les contextes spécifiques à chacun des deux cas.

Cinquièmement, nous ouvrons des pistes de recherche qui mettent l'accent sur la prise en compte des savoirs de sens commun et des conduites en matière de santé et d'environnement qui y sont reliées. Nous ne réfutons pas pour autant les recherches de type épidémiologique¹⁰¹ qui restent très importantes pour comprendre certaines situations et certains liens entre la santé et l'environnement. Ce type de recherche participe notamment à la construction d'un savoir « savant ». Il nous semble cependant important de faire appel à un dialogue de savoirs pour mieux analyser la complexité des liens entre nos deux champs d'études. Notre discussion des résultats tend à établir des ponts entre les types de savoirs, soit entre le savoir implicite et explicite, spontané ou « élicité » des sujets (savoirs de sens communs bien souvent) et la littérature qui rapporte des études de type épidémiologique.

Sixièmement, notre recherche s'inscrit dans un désir d'émancipation sociale (incluant des enjeux politiques). Les observations et les propositions qui se dégagent de cette recherche devraient idéalement favoriser le développement de stratégies d'intervention plus appropriées en éducation ou en promotion de la santé, prenant en compte les liens entre celle-ci et l'environnement. De telles interventions pourraient s'inscrire dans une perspective socio-critique par la mise en place de dispositifs locaux qui susciteraient et valoriseraient la participation des personnes dans des processus d'amélioration de leur propre milieu de vie. Cette recherche vise ainsi à enrichir un champ encore peu développé, celui de l'éducation relative à la santé environnementale, que nous avons présenté dans notre cadre théorique. Il nous apparaît que le courant de la critique sociale devrait être plus largement exploité dans ce domaine, surtout auprès des populations défavorisées.

L'intérêt de l'approche que nous avons adoptée dans cette recherche est qu'elle donne la parole aux personnes défavorisées, entre autres pour les écouter, pour reconnaître et

¹⁰¹ Les recherches épidémiologiques étudient les facteurs influençant l'apparition, la propagation, la fréquence et l'évolution de différentes maladies (Fischer et Dodeler, 2009) dans le but de mettre en oeuvre des moyens nécessaires à leur prévention. Ces recherches ont des limites. Si elles s'appuient sur des facteurs de risques bien identifiés pour lesquels on dispose d'études chez l'humain, elles ne prennent pas pour autant en compte la complexité des liens et des interactions (Cicoiella, 2010). Elles étudient les problèmes hors contexte.

valoriser leurs savoirs et leurs conduites en matière de santé et d'environnement, et pour prendre connaissance de leurs attentes. L'accès aux données (essentiellement issues du discours des personnes) dépend surtout la création d'un lien de confiance et d'empathie. Rappelons que notre présence dans les deux quartiers a généré des discussions spontanées avec et entre certaines personnes. Dans le quartier de la Samaritaine, nous avons appris que plusieurs participants ont parlé de l'entrevue avec d'autres résidents créant ainsi un espace de curiosité au sujet de la rencontre, mais également un espace symbolique d'échange et de réflexion autour des liens entre la santé et l'environnement. Mais, notre présence a peut-être eu aussi l'effet inverse chez certains : un réflexe « communautariste » qui a pu freiner la participation de plusieurs personnes à nos entrevues : le chercheur peut en effet être perçu comme un intrus qui s'immisce dans la vie privée.

À la suite de nos entrevues individuelles et de groupe, nous avons mis en évidence différentes catégories représentationnelles de la santé et de l'environnement étroitement reliées au cadre et au mode de vie partagés des personnes. L'articulation des éléments de représentation de la santé avec ceux qui concernent l'environnement met en évidence l'importance dominante de l'environnement « social et communautaire » ainsi que celui des problématiques environnementales en matière de santé. L'environnement « social et communautaire » fait référence à la santé dans sa dimension de bien-être ou de mal-être psychologique et physique, mais il est lié aussi à des réalités socio-économiques pouvant engendrer certaines pathologies. L'environnement « problème » est surtout associé à la maladie (en opposition à la santé comme « absence de maladie »). Dans les deux quartiers, les grandes problématiques sont identiques - la qualité de l'air, la propreté, le bruit - et correspondent à des enjeux liés à la vie urbaine. Ces problématiques sont cependant exacerbées dans les quartiers où résident les populations défavorisées. Par ailleurs, des liens entre la santé et la nature (surtout les parcs et les espaces verts), entre la santé et l'appréciation esthétique du lieu où l'on vit (décor) et l'espace de vie public (aménagement urbain) ont aussi pu être mis en évidence dans le discours des personnes interrogées. Ils sont cependant moins présents.

Si le quartier tient une place importante dans le discours des personnes interrogées, il est fort intéressant aussi d'écouter celles-ci s'exprimer sur leur logement. La qualité du logement, c'est-à-dire sa capacité à apporter des réponses satisfaisantes à des besoins (entre autres, la construction d'un chez soi) a été largement signifiée par plusieurs répondants. Le logement constitue un élément important de l'environnement de vie des personnes et influence directement leur santé notamment comme source de bien-être ou mal-être psychologique ou physique, mais aussi comme cause de certaines maladies.

Dans notre discussion des résultats, nous avons également spécifié que l'alimentation occupait pour nos répondants une place particulière en tant que conduite charnière entre la santé et l'environnement. Elle est directement liée à la disponibilité alimentaire dans le quartier (désert alimentaire), aux revenus (reste pour vivre), aux habitudes, à la sociabilité des individus, etc.

Plusieurs explications des liens entre la santé et l'environnement amenées par les personnes interrogées semblent être en accord avec des résultats d'études épidémiologiques sur les causalités ; d'autres s'en éloignent en s'inspirant de croyances locales qui reflètent davantage des construits socio-culturels en contexte. Par exemple, plusieurs de nos répondants pensent résoudre les problèmes d'humidité dans leur logement en cachant l'odeur.

Des similitudes frappantes apparaissent entre les deux quartiers où nous avons ancré notre collecte de données. Elles sont peut-être en partie le résultat de l'utilisation d'une même grille d'analyse. Nos résultats nous amènent cependant à une mise en garde contre toute interprétation réductrice. La présentation de notre analyse du discours des personnes interviewées tient compte du contexte spécifique de chaque quartier et tend à éviter toute simplification du complexe enchevêtrement des éléments de représentation sociale.

Notre recherche a enfin permis de proposer des pistes d'intervention communautaire qui s'appuient sur les représentations sociales des réalités étudiées. Il ne s'agissait pas de faire la liste des éléments représentationnels identifiés et de créer une matrice ou une grille d'usage applicable sur le terrain. Une telle conception nierait la complexité des

liens entre la santé et l'environnement et ne correspondrait pas à notre vision de l'éducation relative à la santé, à l'environnement et aux liens entre les deux. Rappelons que celle-ci prend en compte la personne avec sa réalité spécifique, dans son contexte social et dans sa trajectoire de vie, dans la continuité et la mouvance de son existence. Notre démarche et nos résultats doivent plutôt être envisagés comme une contribution à la mise en œuvre d'une éducation de type sociocritique. Celle-ci invite les personnes concernées à discuter collectivement des réalités qui les concernent, en vue d'amener les changements qu'elles-mêmes pourront collaborer à susciter ou à opérer en ce qui a trait à l'amélioration de la qualité de leur milieu de vie en lien avec leur santé.

Enfin, parmi les pistes de recherche issues du processus et des résultats de celle-ci (présentées au chapitre précédent), signalons la suivante qui nous apparaît particulièrement pertinente et qui s'inscrit dans la foulée des travaux de cette thèse : il s'agit de l'étude de la mise en place d'un diagnostic participatif concernant le bien-être d'une population. Cette piste de recherche viserait à cerner auprès des habitants d'un territoire spécifique les conditions du développement d'une dynamique de prise de conscience collective de la santé et du bien-être et d'engagement dans une démarche participative. L'idée serait de co-définir des indicateurs de santé et de bien-être avec la population concernée, d'en construire (co-construire) une grille ainsi qu'une échelle de valeurs (ressenti), de confronter cet outil avec la littérature existante, de le valider collectivement et de retourner ensuite auprès des personnes pour les inviter à évaluer ainsi leur bien-être ; une ou des rencontres collectives permettraient enfin de discuter les résultats de cette démarche et d'envisager des plans d'action. La recherche porterait plus spécifiquement sur la dynamique de cette démarche. Un tel projet s'inscrit pleinement dans la poursuite de cette thèse et pourrait apporter un éclairage nouveau sur la mise en œuvre d'actions en santé publique qui s'appuient sur la réalité des personnes concernées.

POSTFACE

Dans l'avant-propos de cette thèse, j'ai clarifié le choix de mon thème de recherche et de la population cible en les situant au regard de mon histoire personnelle et de mes expériences professionnelles. Tout au long de mon parcours de recherche, j'ai dû faire preuve d'adaptation, faire des choix, me positionner par rapport à mon objet de recherche, à mon terrain, au corpus, mais également, il m'a fallu penser à ma place dans la construction même de ce travail. Inscrire ma démarche de recherche dans mon histoire de vie impliquait de m'engager dans un processus de réflexivité. Cette postface se veut en quelque sorte un retour sur moi-même en tant que personne et chercheur et sur ce que j'ai vécu tout au long de la progression de cette recherche.

Au cours de ces années de travail consacrées à ma recherche doctorale, j'ai constaté que les rencontres avec des personnes défavorisées restent toujours de belles sources d'apprentissage, mais aussi de confrontation à des réalités différentes. Ces rencontres demeurent un défi à surmonter, même pour les intervenants socio-communautaires.

Les entrevues menées dans le cadre de cette recherche ont toutes été réalisées dans un espace délimité symboliquement, qui génère un certain type de relations. La plupart de ces lieux physiques sont connus par les personnes rencontrées et sont imprégnés d'une histoire de laquelle elles sont parties prenantes. Ainsi en est-il, à titre d'exemple, du restaurant communautaire du quartier ou encore de la banque alimentaire. L'histoire du lieu est façonnée par nos répondants. En tant que chercheur, je me suis insinué dans ces lieux - comme dans l'ensemble du quartier - de façon temporaire. Mes entrevues ont été des rendez-vous éphémères qui m'ont permis d'accéder souvent à des informations insolites comme celles concernant un vol jamais élucidé ou encore de me retrouver en plein tournage d'un film dans un bistrot avec des comédiens connus. Certaines des informations personnelles, voire intimes, témoignent d'un lien de confiance construit par une attitude empathique et compréhensive que je pense avoir pu manifester auprès de la plupart des répondants. Cette empathie se caractérise par une écoute sans jugement, mais aussi, par le souci de laisser libre cours à la parole de l'autre et de ne pas constamment recentrer les propos sur l'objet de recherche. En fait, la personne se raconte dans une sorte de dialogue comme moyen d'exprimer son existence et son

individualité. Parfois, j'ai eu le sentiment de me perdre dans les dédales d'histoires individuelles certes intéressantes, mais de m'éloigner du fils conducteur de ma recherche. Cependant, créer un espace où la personne peut se raconter - et être à son écoute -, c'est sans doute aussi lui permettre de rompre avec l'anonymat et de lui offrir un espace de reconnaissance sociale. C'est également pour ces personnes une occasion d'envisager une certaine prise sur leur réalité.

D'autres lieux, d'autres moments m'ont aussi conduit à des contacts différents avec les personnes défavorisées. Les rencontres sur le trottoir dans le quartier de Pointe-Saint-Charles, la discussion matinale autour d'une tasse de café dans le restaurant du quartier de la Samaritaine ne sont que quelques-unes des occasions vécues pour apprendre au sujet de l'autre, pour échanger des nouvelles parfois banales de la vie quotidienne, pour se connaître et construire un lien de confiance indispensable dans une telle recherche. C'est aussi et surtout la possibilité de reconnaître l'autre en tant que personne. Un tel approvisionnement réciproque de l'univers des personnes défavorisées et de celui du chercheur se réalise et prend sens dans un ensemble d'interaction qui peut aider (si je me resitue dans le contexte de ma recherche) à mieux cerner les enjeux environnementaux et sanitaires dans le quartier. Ces interactions amènent également son lot de questions dites et tues de part et d'autre pour préserver son espace d'intimité. Ces interactions permettent également de dépasser la peur d'une ingérence dans la vie de l'autre. C'est ainsi que chemin faisant, avec une meilleure connaissance du milieu et de gens et finalement avec sympathie, j'ai pu passer d'une attitude de retenue à une plus grande souplesse dans mon interaction avec les gens.

Il me faut aussi reconnaître que dans ces rencontres, ma façon d'être à l'autre se joue aussi à travers mon apparence vestimentaire, mon langage, mais aussi toute ma gestuelle. Autant d'éléments qui animent la relation et qui font étrangement peu de débats dans la communauté des chercheurs. Certes, il est impossible de tout contrôler. Mais prendre conscience de cette dimension amène son lot de questions. Faut-il se mettre au diapason des personnes défavorisées pour les comprendre réellement ? Il est évident que mon vécu quotidien diffère de celui du public cible de cette recherche. Cependant, mes expériences professionnelles antérieures m'ont outillé pour entrer en contact avec ce type de population et faire preuve d'une certaine humilité dans ma

démarche. Mais malgré cela, je dois bien admettre que ma situation matérielle et financière diffèrent des personnes rencontrées. Je ne vis pas leur réalité. J'essaye de la comprendre avec mon regard extérieur, tout étant conscient de la difficulté d'une certaine mise à distance de ce que je suis.

L'un de mes plus grands défis au cœur de cette recherche a été le temps. Le temps n'est pas vécu et maîtrisé de la même manière par les personnes défavorisées. Il s'impose à travers des activités quotidiennes, voire hebdomadaires, telles que la banque alimentaire ou une activité culturelle régulière. Pour certains, le temps se perd parfois dans des démarches administratives de toutes sortes. Dans quelques cas, il est rythmé par l'état de santé. Toute ma difficulté a été de m'adapter à cette temporalité différente. Les jours, les heures ne semblent pas se dérouler au même rythme que le mien et semblent s'inscrire au cœur des maux et du mal-être qui font partie du quotidien et qui sapent le temps.

Les personnes interviewées n'ont pas d'agenda. Les rendez-vous manqués ont ainsi été très nombreux. Ils m'ont amené à devoir être patient. À quelques reprises, je me suis même questionné sur la motivation réelle des personnes à se prêter à une entrevue.

Tout au long de cette recherche doctorale, ma position a été de restituer au mieux la parole plurielle des personnes. La retranscription intégrale des entrevues montre les difficultés communicationnelles de certains répondants. Les mots utilisés sont parfois colorés aux saveurs locales. Ils sont quelques fois déformés. Parfois, ils reflètent les malaises et les limites d'expression de la personne. Mais ils sont toujours porteurs de sens. La démarche dialogique que j'ai privilégiée dans les entrevues demande un effort d'adaptation de part et d'autre pour favoriser une bonne compréhension et mener ainsi au mieux la recherche.

Je termine cette postface par une question :

L'utopie de l'effacement du chercheur et de sa neutralité dans toute recherche ne devrait-elle pas faire place à la construction et à l'explicitation de sa posture, en tenant compte entre autres de son histoire de vie ? Par mon avant-propos et cette postface, j'ai essayé de répondre en partie à cette interrogation.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abric, J-C. (2001). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : Presses universitaires de France, 3^e édition.
- Adam, P. et Herzlich, C. (2005). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Armand Colin, collection 128
- Adler, P. A. et Adler, P. (1987). *Membership roles in field research*. Thousand Oaks : Sage Publications, collection « Qualitative research methods ».
- Aïach, P. (2004). Processus cumulatif d'inégalité : effet d'amplification et disposition à l'appropriation sociale. *Santé, Société et Solidarité*, revue de l'observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité, 2, 39-47.
- Aïach, P., Vernazza Licht N. et Durand D. (1996). De la santé à la bonne santé, analyse à deux voix d'un micro-trottoir. *Prévenir* 30, 101-113.
- Anadón, M. (2006). La recherche dite « qualitative » : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches qualitatives*, 26 (1), 5-31.
- Anadón, M. (2002). Représentations sociales et recherche en éducation : quelques réflexions théorico-méthodologiques. *L'année de la recherche en sciences de l'éducation* (p. 227-244). Paris : Presses universitaires de France.
- Annesi-Maesano, I. (2009). Perception de l'exposition à la pollution atmosphérique à l'intérieur et à proximité immédiate du lieu d'habitation et relation avec la santé et la qualité de vie. Étude en population générale. Actes du colloque « *Pollution atmosphérique : exposition, perception et nouveaux enjeux* » (p. 21-23), Université de Nantes, 3 juin 2009. Paris : ADEME n° 6590.
- Arborio, A-M. et Fournier, P. (2005). *L'enquête et ses méthodes : l'observation directe*. Paris : Armand Colin.
- Arnstein, S. (2006). *Une échelle de participation citoyenne* (Rapport du Comité d'évaluation et de suivi) Paris : Agence nationale pour la rénovation urbaine.
- Atkinson, P. et Hammersley, M. (2000). Ethnography and Participant Observation. Dans Norman K. Denzin et Yvonna S. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research* (p. 248-261). Thousand Oaks : Sage Publications, 2^e édition.
- Augé, M. (1992). *Non-lieux, introduction à une anthropologie de la surmodernité*. Paris : Seuil.
- Babooram, A. et Wang, J. (2007). Le recyclage au Canada. *EnviroStats*, Vol. 1, n° 1, p. 7.

- Barbier, R. (1996). *La recherche-action*. Paris : Anthropos, collection « Ethno-sociologie ».
- Barbier, R. (1985). Le journal d'itinérance. *Pratiques de formation* n° 9, Université de Paris 8, juin 1985.
- Bardin, L. (2007). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses universitaires de France, collection « Quadrige ».
- Barel, Y. (1989). *Le paradoxe et le système : essai sur le fantastique social*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.
- Baribeau, C. (2005). Le journal de bord du chercheur. *Recherche Qualitative*, hors série, n° 2, Actes du colloque « L'instrumentation dans la collecte de données », Université du Québec à Trois-Rivières, 26 novembre 2004 (p. 98-114).
- Barton, H. et Tsourou, C. (2004). *Urbanisme et santé. Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants*. Rennes : Association internationale pour la promotion de la santé et du développement durable - S2D.
- Beaud, S. (1996). L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'entretien ethnographique. *Politix*, 35, 226-257.
- Berkman F. L., Glass T, Brissette I. et Seeman E.T. (2000). From social integration to health : Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51, 843-857.
- Bernard, N. (2007). La pauvreté dans son rapport à l'espace : l'introuvable mixité sociale ? *Pensée plurielle*, 2007/3 (16) 51-58.
- Berrat, B. (1998). Entre « accès » aux soins et « recours » aux soins des populations défavorisées : une distance sociale. *Ville-École-Intégration*, 115, 51-65.
- Berrat, B. (1994). Entre « ville » et « santé », quels rôles pour les communes ? *Sociologie Santé*, 11, 58-68.
- Berryman, T. (2006). *Dans quel cosmos introduisons-nous les enfants? Enjeux de l'institutionnalisation de l'éducation relative à l'environnement dans la formation à l'enseignement primaire*. Thèse inédite de doctorat. Montréal : Université du Québec à Montréal.
- Berthet, E. (1983). *Information et éducation sanitaire*. Paris : Presses universitaires de France.
- Berthod-Wurmser, M. (2002). Inégalité, précarité : vers une nouvelle approche de la connaissance. Dans *Les travaux de l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale* (p. 497-498). Paris : la Documentation française.

- Bertolotto, F., Joubert, M., Arene, M., Brix, O. et Fatras, J.-Y. (1995). *Villes et santé. La santé en action. Guide méthodologique et pratique en éducation pour la santé*. Vanves : Éditions du CFES - Comité français d'éducation pour la santé.
- Bertrand, L. (2006). *Les disparités dans l'accès à des aliments santé à Montréal. Une étude géomatique* [en ligne]. Montréal : Publication de la direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Récupéré [le 19 mars 2009] de : www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfnutrition/accesaliments.pdf
- Bertrand, L. (1989). *Alimenvi : étude comparative sur l'environnement alimentaire de deux quartiers de Montréal*. Montréal : Rapport, Département de santé communautaire de l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal.
- Blanc, N. (2004). De l'écologie dans la ville. *Ethnologie française* 4 (34), 601-607.
- Blaxter, M. et Paterson, E. (1982). *Mothers and Daughters: A Three-Generational Study of Health Attitudes and Behaviour*. London : Heinemann Educational Books.
- Bonardi, C., Girandola, F., Roussiau, N. et Soubiale, N. (2002). *Psychologie sociale appliquée - Environnement, santé et qualité de vie*. Paris : In Press, collection « Psycho ».
- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Bowling, A., Barber, J., Morris, R. et Ebrahim, S. (2006). Do perceptions of neighbourhood environment influence health ? *Journal of Epidemiology Community Health*, 60 (476-483).
- Breakwell, G.M. et Canter D.V (1993). Aspects of Methodology and their Implications for the Study of Social Representations. Dans Glynis M. Breakwell et David V. Canter (Dir.), *Empirical Approaches to Social Representations* (p. 1-11). Oxford : Clarendon Press.
- Brix, O. et Lang, T. (2000). Comportements. Dans Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski et Thierry Lang, *Les inégalités sociales de santé* (p. 391-402). Paris : La Découverte, collection « Recherche ».
- Brix, O., Sandrin-Berthon, B. et Baudier, F. (1996). La Charte d'Ottawa : quelques repères en éducation pour la santé. Dans le dossier « Peut-on promouvoir la santé ? » (p. X-XV). *La santé de l'homme*, n° 325.
- Bromberg, M. et Trognon, A. (2004). *Psychologie sociale et communication*. Paris : Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod, collection « Psycho Sup ».

- Bullard, D.R. (2001). Les pauvres en premières lignes [en ligne]. *Notre Planète*, 122. Récupéré de : www.ourplanet.com/txtversn/122/french/bukard.html [le 17 décembre 2008].
- Bury, J. (1988). *Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications*. Bruxelles : De Boeck Université, collection « Savoir et Santé ».
- Campeau, R., Sirois, M., Rheault, E. et Dufort, N. (2004). *Individu et société : Introduction à la sociologie*. Montréal : Gaëtan Morin, 3^e édition.
- Carspecken, P.-F. (1995). *Critical Ethnography in Educational Research. A Theoretical and Practical Guide*. New York - Londres : Routledge.
- Castillo, F. (1987). *Le chemin des écoliers - L'éducation à la santé en milieu scolaire*. Bruxelles : De Boeck Université, collection « Savoirs & Santé », 2^e édition.
- Cavaillet, F. ; Darrmon, N. ; Lhuissier, A. et Régner, F. (2005). *L'alimentation des populations défavorisées. Synthèse des travaux dans les domaines économique, sociologique et nutritionnel*. Ivry-sur-Seine : Institut scientifique de recherche agronomique publique, Laboratoire de recherche sur la consommation.
- Centre de santé et de services sociaux Sud-Ouest et de Verdun (2010). *Plan d'action local en santé publique - Orientation 4 - Un environnement urbain favorable à la santé*. Récupéré [le 15 février 2011] de : www.sov.qc.ca
- Centre d'expertise collective (2001). *Éducation pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes* [en ligne]. Paris : Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale), collection « Expertise collective ». Récupéré [le 21 juillet 2009] de : http://lara.inist.fr/bitstream/2332/1383/2/INSERM_ESJ2.pdf
- Chamberlain, K. (2009). Situer le social dans la psychologie de la santé : réflexion critique. *Les Cahiers internationaux de psychologie sociale*, 82, 8-22.
- Charles, L., Ebner, P., Roussel, I. et Weill, A. (Dir.) (2007). *Évaluation et perception de l'exposition à la pollution atmosphérique*. Paris : La documentation française.
- Chauvin, P. et Parizot I. (Dirs.) (2005). *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris : Inserm, Institut national de la santé et de la recherche médicale.
- Chevrier, M-P. (2007). L'environnement et la santé humaine. Garantir la santé et le bien-être des êtres vivants, humains et non humains, qui occupent un territoire commun. Dans Christiane Gagnon et Emmanuelle Arth (coll.), *Guide québécois pour des Agendas 21^e siècle locaux : applications territoriales de développement durable viable*. Québec : Université du Québec à Chicoutimi. Récupéré [le 3 novembre 2010] de : <http://a21l.qc.ca>
- Cicoella, A. (2010). Santé et environnement : la 2^e révolution de santé publique. *Santé publique*, 22 (3), 343-351.

- Cimon, M. (1994). Promotion de la santé et paupérisation. Dans Robert Bastien, Lise Langevin, Gabriel Larocque et Lise Renaud (Dir.), *Promouvoir la santé : Réflexions sur les théories et les pratiques* (p. 39-52). Montréal : Réseau francophone international pour la promotion de la santé, collection « Partage ».
- Collectif CourtePointe (2006). *Pointe-Saint-Charles : un quartier, des femmes, une histoire communautaire*. Montréal : Remue-ménage.
- Combris, P., Amiot-Carlin, M.-J., Caillavet, F., Causse, M., Dallongeville, J., Padilla, M., Renard, C. et Soler, L.-G. (2007). *Les fruits et légumes dans l'alimentation : Enjeux et déterminants de la consommation*. Paris : Quae, collection « Expertises collectives ».
- Comité de la santé mentale du Québec (2002). *Pour sortir des sentiers battus : l'action intersectorielle en santé mentale*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté (2002). *La réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être : orienter et soutenir l'action*. Québec : Publication de la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Concialdi, P. (2003). Deux sociétés de plus en plus riches face à leurs exclus. *Santé, société et solidarité*, 1, 5-14.
- Coppé, M. et Schoonbroodt, C. (1992). *Guide pratique d'éducation pour la santé : réflexion, expérimentation et fiches à l'usage des formateurs*. Bruxelles : De Boeck-Westmael.
- Cotton, E. (1982). *L'éducation pour la santé : méthodes*. Bruxelles : Éditions de l'Université, Université libre de Bruxelles, École de santé publique.
- Cowen, E. L. (1994). The enhancement of psychological wellness : Challenges and opportunities. *American Journal of Community Psychology*, 22, 149-179.
- Cox, B.D., Whicheloo, M.J. et Prevost, F.T. (2000). Seasonal consumption of salad vegetable and fresh fruit in relation to the development of cardiovascular disease and cancer. *Public Health Nutrition*, 3 (1), 19-29.
- Crozier Kegler, M. et Miner, K. (2004). Environmental Health Promotion Interventions : Considerations for Preparation and Practice. *Health Education & Behavior*, 31 (4), 510-525.
- Dandurant R. et Quelette R. (1994). Le quartier comme espace de vie des familles en milieu populaire. Dans Bernadette Bawin-Legros, Renée B. Dandurant, Jean Kellerhals et François de Singly (Éds.), Actes du colloque de l'Association internationale des sociologues de langue française, *Les espaces de la famille*, Liège, 5 et 6 mai 1994.

- Dawson, J.A. et Kirby, D.A. (1981). Urban retail provision and consumer behaviour : Some examples from Western society. Dans David Herbert et Ronald John Johnston (Eds.), *Geography and the urban environment : Progress in research and applications* (vol. 3, p. 87-132). New York : John Wiley and Sons.
- Deccache, A. (1999). Comment ont évolué les concepts et pratiques de préventions des maladies et de promotion de la santé ? *Santé conjugée*, 10, 30-40.
- Deccache, A. et Meremans, P. (2000). L'éducation pour la santé des patients : au carrefour de la médecine et des sciences humaines. Dans Brigitte Sandrin-Berthon, *L'éducation du patient au secours de la médecine* (p. 147-167). Paris : Presses universitaires de France, collection « Éducation et formation ».
- Defeyt, P. (2006). Pauvreté et logement : quelques données et réflexions. *Pensée plurielle*, 2 (12), 73-89.
- Deloraine, A. et Ségala, C. (2001). *Quels sont les impacts de la pollution atmosphérique sur la santé ?* Paris : La Documentation française.
- Denzin, N. K. et Lincoln, Y. S. (Eds.) (2000). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks : Sage Publications, 2^e édition.
- Derrida, J. (2001). *L'université sans condition*. Paris : Galilée.
- Deschamps, J.-P. (1998). Poverty, equity and health promotion. *Promotion & Education*, 5 (3/4), 18.
- Deschamps, J.-C. et Moliner, P. (2008). *L'identité en psychologie sociale. Des processus identitaires aux représentations sociales*. Paris : Armand Colin, collection « Cours - Psychologie ».
- Deslauriers, J.P. (1991). *Recherche qualitative : guide pratique*. Montréal : McGraw-Hill.
- De Spiegelaere, M., Wauters, L. et Roesems, T. (2001). *Tableau de bord de la santé - Région de Bruxelles-Capitale*. Bruxelles : Observatoire de la santé de Bruxelles-Capitale, Commission communautaire commune.
- Devers, K., Sofaer, S. et Rundall, T. (1999). Qualitative methods in health services research [special supplement]. *Health Services Research*, 34 (5), 1083-1263.
- D'Houtaud, A. (2003). *L'image sociale de la santé. Recherches sociologiques*. Paris : Éditions L'Harmattan, collection « Logiques sociales ».
- D'Houtaud, A. (1998). *Sociologie de la santé. Langage et savoirs, environnement et éthique*. Paris : L'Harmattan, collection « Santé, sociétés et cultures ».
- D'Houtaud A. (1978). Les représentations de la santé - Recherche dans un centre de bilan de santé en Lorraine. *Revue internationale d'éducation pour la santé*, XIX, 2.

- Di Méo, G. (2004). « Composantes spatiales, formes et processus géographiques des identités ». *Annales de géographie*, 638-639 (339-362). Récupéré [le 5 mai 2010] sur le site de : www.persee.fr
- Direction de la santé publique (1998). *Rapport annuel 1998 sur la santé de la population : Les inégalités sociales de la santé*. Montréal (Québec) : Publication de la Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre.
- Doise, W. (1985). Les représentations sociales : définitions d'un concept. *Connexions*, 45, 243-253.
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*, 10, 79-86.
- Droit, R.-P. (2001). Le paradoxe Derrida. *Le Monde - Le monde des livres*, le 6 novembre 2001, p. 1.
- Duhaime, R. (1987). Le projet OLO et la conscientisation. Une expérience terrain en milieu populaire. Dans Collectif québécois, *Pratique de conscientisation 2 : Logement, alphabétisation, aide sociale, féminisme, syndicalisme, santé, politique* (p. 215-245). Québec : Éditions populaires.
- Dunn, J.R. et Hayes, M.V. (2000). Social Inequality, Population Health, and Housing : A Study of Two Vancouver Neighborhoods. *Social Science & Medicine*, 51 (4), 563-587.
- Durkheim, E. (1898). Représentations individuelles et représentations collectives. *Revue de Métaphysique et de Morale*, tome VI, mai 1898. Récupéré [le 15 mai 2011] de : http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim_emile/Socio_et_philo/ch_1_representations/representations.pdf
- Eisenhauer, E. (2001). In poor health : Supermarket redlining and urban nutrition. *GeoJournal*, 53, 125-133.
- Engeland, J., Lewis R., Ehrlich, S. et Che, J. (2005). Évolution des conditions de logement dans les régions métropolitaines de recensement au Canada, 1991-2001. *Tendances et conditions dans les régions métropolitaines de recensements* (5). Statistique Canada et Société d'hypothèque et de logement, catalogue n° 89-613-MMWF2004005.
- Esterle-Hedibel, M. (1999). Le corps en force ou le corps en forme. Le corps et la santé en milieu populaire précarisé. *Ville-École-Intégration*, 116, 127-140.
- Evans, G.W., Wells, N.M. et Moch, A. (2003). Housing and Mental Health : A review of the Evidence and Methodological and Conceptual Critique. *Journal of Social Issues*, 59 (3), 475-500.

- Ewles, L. et Simnett, I. (2003). *Promoting health : a practical guide*. Edinburgh : Baillière Tindall, 5^e édition.
- Farge-Bancel, D., Marjanovic, Z. et Poinson, Y. (1997). Maladies infectieuses liées à la pauvreté. Dans Dominique Farge-Bancel et Danièle Jourdan-Ménager (Dir.), *L'hôpital public : le retour de l'Hôtel Dieu* (p. 99-122). Paris : Hermes, collection « Santé et politique sociale ».
- Fischer, G-N. (2010). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod, collection « Psycho Sup », 4^e édition.
- Fischer, G.N. (2002). L'environnement dans une perspective psychosociale. Dans Christine Bonardi, Fabien Girandola, Nicolas Roussiau et Nadège Soubiale, *Psychologie sociale appliquée - Environnement, santé et qualité de vie* (p. 17-38). Paris : In Press, collection « Psycho ».
- Fischer, G-N. (1997, 1992). *Psychologie de l'environnement social*. Paris : Éditions Dunod, collection « Psycho Sup », 2^e édition.
- Fisher, G-N et Dodeler, V. (2009). *Psychologie de la santé et environnement – Facteurs de risque et prévention*. Paris : Éditions Dunod.
- Fischer, G-N et Tarquinio, C. (2006). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Paris : Dunod, collection « Psycho Sup ».
- Flament, C. et Rouquette, M.-L. (2003). *Anatomie des idées ordinaires. Comment étudier les représentations sociales ?* Paris : Armand Colin.
- Flick, U. (Dir.) (1992). *La perception quotidienne de la santé et de la maladie - Théories subjectives et représentations sociales*. Paris : L'Harmattan, collection « Santé, Sociétés et Cultures ».
- Forrest, R. (2007). Le voisinage ? Quelle importance ? *Revue internationale des sciences sociales*, 191 (137-151)
- Fortin, M.-F. (1996). *Le processus de la recherche, de la conception à la réalisation*. Montréal : Décarie Éditeur.
- Freudenberg, N. (2004). Community Capacity for Environmental Health Promotion : Determinants and Implications for Practice. *Health Education & Behavior*, 31 (4), 472- 490.
- Gagnon, Y. (2005). *L'étude des cas comme méthode de recherche*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Galand, C. et Salès-Wuillemin, É. (2009). Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé. *Sociétés*, 105, 35-44.

- Galea, A., Freudenberg, N. et Vlahov, D. (2005). Cities and population health. *Social Science & Medicine*, 60 (12), 1017-1033.
- Garibay, F. et Séguier, M. (2009). *Pratiques émancipatrices. Actualités de Paulo Freire*. Paris : Syllepse, Institut de recherche de la Fédération syndicale unitaire.
- Garnier, C. et Rouquette, M-L. (2000). Introduction. Dans Catherine Garnier et Michel-Louis Rouquette (Dir.), *Représentations sociales et éducation* (p. v-xx). Montréal : Éditions Nouvelles.
- Garnier, C et Sauvé, L. (1999). Apport de la théorie des représentations sociales à l'éducation relative à l'environnement. Conditions pour un design de recherche. *Éducation relative à l'environnement. Regards. Recherches. Réflexions*, 1, 65-78.
- Gaudreau, L. (2000). Apport de la théorie des représentations sociales à l'éducation relative à la santé. Dans Catherine Garnier et Michel-Louis Rouquette (Dir.), *Représentations sociales et éducation* (p. 143-164). Montréal : Éditions Nouvelles.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of Cultures*. New York : Basic Books.
- Gélinas, A., Fortin, R., Schoonbroodt, C. et Vanasse, A. (1997). Éducation pour la santé : vers une gestion appropriative de la santé. Dans Robert Féger (Dir.) *L'éducation face aux nouveaux défis* (p. 355-365), actes du 4^e congrès des sciences de l'éducation de langue française du Canada, novembre 1995. Montréal : Éditions Nouvelles.
- Geoffrion, P. (2009). Le groupe de discussion. Dans Benoît Gauthier (Dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (p. 391-414). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec, 5^e édition.
- Godefroid, B. (sans date). *Samaritaine : La rénovation en question*. Bruxelles : Publication de la Commission française de la culture.
- Goens, F. et Louterman, D. (2002). *Promotion de la santé et de l'environnement - Enquête auprès de la population - État des lieux en matière de santé et d'environnement dans le quartier « Tanneurs »*. Bruxelles : Rapport du groupe Santé - Environnement.
- Gohier, C. (2004). De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. *Recherches qualitatives*, 24, 3-17.
- Grignon, M. (2008). Le système de santé au Canada. *Revue française des Affaires sociales* 4, 67-87.
- Groenewegen, P., van den Berg, A., de Vries S et Verheij, R. (2006). Vitamine G : Effects of green space on health, well-being, and social safety. *BMC Public Health*, 6, 1-9.

- Guermond, Y. (2005). Pour une écologie spatiale urbaine. Dans Nicole Mathieu et Yves Guermond (Eds), *La ville durable, du politique au scientifique* (chapitre 13). Paris : Quae, collection « Indisciplines ».
- Guba, E.G. et Lincoln Y. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, Thousand Oaks : Sage Publications.
- Guillemi, C. (1995). L'étude des représentations sociales. *Psychologie Française*, 40 (4), 367-374.
- Hamel, J. (2000). À propos de l'échantillon. De l'utilité de quelques mises au point. *Recherches qualitatives*, 21, 3-20.
- Hancock, T. et Duhl, L. (1988). *Promoting health in the urban context*. Copenhague : FADL Publishers (Document 1 : WHO, Healthy Cities Papers).
- Health Council of The Netherlands (2004). *Nature and Health - The influence of nature on social, psychological and physical well-being*. The Hague : Health Council of The Netherlands, RMNO.
- Heinich, N. (1998). *Ce que l'art fait à la sociologie*. Paris : Éditions de Minuit.
- Helfand, E.G. et Peyton, L.J. (1999). A Conceptual Model of Environmental Justice. *Social Science Quarterly*, 80 (1), 68-83.
- Hendrick, P. (2001). Lorsque la pauvreté apparaît. *Santé conjugée*, cahier spécial « L'habitat en santé », octobre 2001, 18, p. 94.
- Heremans, P et Deccache, A. (1997). *Prévention, médecine générale et milieux défavorisés – État des lieux et perspectives*, actes du séminaire européen, du 23 au 25 octobre 1997, sous la direction de Pascale Heremans et Alain Deccache. Bruxelles : Université catholique de Louvain.
- Herzlich, C. (2005, 1975). *Santé et maladie : Analyse d'une représentation sociale*. Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 4^e réédition.
- Herzlich, C. (1992). Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social. Dans Uwe Flick (Dir.), *La perception quotidienne de la santé et de la maladie - Théories subjectives et représentations sociales* (p. 347-357). Paris : L'Harmattan, collection « Santé, Sociétés et Cultures ».
- Hillman, M. (2002). Environmental justice : a crucial link between environmentalism and community development ? *Community Development Journal*, 37 (4), 349-360.
- Holtz, T.H., Holmes, S., Stonington, S., et Eisenberg, L. (2006). Health is still social: Contemporary examples in the age of the genome. *PLoS Medicine*, 3, 1663-1666.

- Howze, E. ; Baldwin, G. et Crozier Kegler, M. (2004). Environmental Health Promotion : Bridging Traditional Environmental Health and Health Promotion. *Health Education & Behavior*, 31 (4), 429-440.
- Hudon, E. (Coord.) (1996). *Étude sur la perception des risques pour la santé reliés à l'environnement auprès de la population du Montréal-Centre*. Ensemble de trois documents : problématique, sondage, groupes de discussion. Montréal : Direction régionale de santé publique, Unité santé au travail et environnementale.
- Hwang, S., Fuller-Thomson, E., Hulchanski, J-D., Bryant, T., Habib, Y. et Regoeczi, W. (1999). *Housing and Population Health : A Review of the Literature*. Ottawa : Canada Mortgage and Housing Corporation.
- Inserm (2008). *Activité physique - Contextes et effets sur la santé*. Paris : Les éditions Inserm, collection « Expertise collective ».
- Institut canadien d'information sur la santé (2011). *Environnements physiques en milieu urbain et inégalités en santé*. Ottawa (Ontario) : Institut canadien d'information sur la santé.
- Institut canadien d'information sur la santé (2006.a). *Améliorer la santé des Canadiens : promouvoir le poids santé*. Ottawa (Ontario) : Institut canadien d'information sur la santé, série des rapports « Améliorer la santé des Canadiens », n° 2.
- Institut canadien d'information sur la santé (2006.b). *Améliorer la santé des Canadiens : une introduction à la santé en milieu urbain*. Ottawa (Ontario) : Institut canadien d'information sur la santé, série des rapports « Améliorer la santé des Canadiens », n° 3.
- Jaccoud, M. et Mayer, R. (1997). L'observation en situation et la recherche qualitative. Dans Jean Poupart, Lionel-Henri Groulx, Jean-Pierre Deslauriers, Anne Laperrière, Robert Mayer et Alvaro P. Pires, *La recherche qualitative - Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 211-249). Montréal : Gaëtan Morin.
- Jacques, L. (2005). Pollution de l'air et santé. *Prévention en pratique médiale*, bulletin de la Direction de santé publique de Montréal publié avec la collaboration de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal, mai 2005.
- Jackson, A. et Roberts, P. (2001). *Physical housing conditions and the well-being of children*. Ottawa : Publication du Conseil canadien de développement social, document de référence sur le logement.
- James, J. et Eyles, J. (1999). Perceiving and representing both health and the environment : An exploratory investigation. *Qualitative Health Research*, 9 (1), 86-104.
- Jeffrey, D. (2005). Le chercheur itinérant, son éthique de la rencontre et les critères de validation de sa production scientifique. Dans Chantal Royer et Collette Baribeau (Dir.), *Recherche qualitative et production de savoirs*, actes du colloque

- « Recherche qualitative et production de savoirs », Université du Québec à Montréal, mai 2004 (p. 115-127). *Recherche qualitative*, hors série, 1.
- Jodelet, D. (2003). Représentations sociales : un domaine en expansion. Dans Denise Jodelet (Dir.), *Les représentations sociales* (p. 47-78). Paris : Presses universitaires de France, collection « Sociologie d'aujourd'hui », 7^e édition.
- Joubert, M. (1995). Espace, modes de vie urbains, santé et lien social. Fractures et ouvertures. Dans Fernando Bertolotto, Michel Joubert, Marguerite Arene, Omar Brix et Jean-Yves Fatras (Dir.), *Ville et santé* (p. 25-33). Vanves : Éditions CFES - Comité français d'éducation pour la santé, collection « La santé en action ».
- Joubert, M. (1993). *Quartier, démocratie et santé*. Paris : L'Harmattan.
- Joubert, M., Chauvin, P., Facy, F. et Ringa V. (2001). *Précarisation, risque et santé*. Paris : Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale).
- Jovchelovitch, S. (2005). La fonction symbolique et la construction des représentations : la dynamique communicationnelle ego/alter/objet [en ligne]. *Hermès*, 41, 51-57. Accès : http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/2042/8952/1/HERMES_2005_41_51.pdf
- Kaplan, R. (2002). The nature of the view from home : psychological benefits. *Environment and Behavior*, 33, 507-543.
- Kaplan, R. et Kaplan, S. (1989). *The experience of nature. A psychological perspective*. Cambridge : Cambridge University Press
- Kawachi, I. et Berkman, L.F. (2002). Social Cohesion, Social Capital and Health. Dans Lisa F. Berkman et Ichiro Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology* (p. 174-190). New York : Oxford University Press.
- Kesteloot, C., Slegers, K., Wayens, B., et Van Cutsem, S. (2006) Logement et confort des ménages. Dans Truus Roesems et Myriam De Spiegelaere, *Atlas de la santé et du social de Bruxelles-Capitale 2006* (chapitre 4, pp. 53-74). Bruxelles : Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, Commission communautaire commune.
- Kincheloe, J.L. et McLaren, P.L. (2000). Rethinking Critical Theory And Qualitative Research. Dans Norman K. Denzin et Yvonna S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (p. 279-313). Thousand Oaks : Sage Publications, 2^e édition.
- Kovess-Masféty, V. (2001). *Précarité et santé mentale*. Rueil-Mamaison, France : Doin, collection « Référence en psychiatrie ».
- Kvale, S. (1996). *Interviews : An introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks : Sage Publication.

- Labonte, R. (1995). *Seeing Green : Lessons in Environmental Health Information, Education and Participation. Issue in Health Promotion Series, n° 9*. Toronto : Centre for Health Promotion, University of Toronto, (Ontario - Canada).
- Landry, R. (1990). La simulation sur ordinateur. Dans Benoît Gauthier (Dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (p. 419-449). Québec : Presse de l'Université du Québec.
- Laperrière, A. (2009). L'observation directe. Dans Benoît Gauthier (Dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (p. 311-336). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec, 5^e édition.
- Laplantine, F. et De Singly, F. (1996). *La description ethnographique*. Paris : Nathan, collection « Sciences sociales ».
- La Rosa, É. (1998). *Santé, précarité et exclusion*. Paris : Presses universitaires de France, collection « Le sociologue ».
- Laughlin, S. et Black, D. (1995). *Poverty and health : tools for change*. Birmingham : Public Health Trust.
- Lavoie, J. et Panet-Raymond, J. (2011). *La pratique de l'action communautaire*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 3^e édition.
- Lazarus, A. (2001). Éthique, éducation pour la santé et exercice du pouvoir. Dans Cécile Fournier, Christine Ferron, Stéphane Tessier, Brigitte Sandrin-Berthon et Bernadette Roussille (Dirs.), *Éducation pour la santé et éthique*, séminaire international de Dourdam (Essonne, France) (p. 52-74). Vanves : Éditions du CFES - Comité d'éducation pour la santé.
- Lebas, J. et Chauvin, P. (1998). *Précarité et santé*. Paris : Flammarion.
- Lebel, J. (2003). *La santé : une approche écosystémique*. Ottawa : Publication du Centre de recherches pour le développement international.
- Le Bihan, G., Rotily, M., Michaud, C. et Brix, O. (1996). Alimentation et santé des populations défavorisées dans les pays développés : quelle action ? *Médecine et maladies infectieuses*, 26, 363-365.
- Leclerc, A., Fassin, D., Granjean, H., Kaminski, M. et Lang, T. (2000). *Les inégalités sociales de la santé*. Paris : La Découverte, collection « Recherche ».
- Lee, K. (2000). *Urban Poverty in Canada : A Statistical Profile*. Ottawa : Publication du Conseil canadien de développement social, n° 556.
- Lefebvre, S. (2002). Le logement, une question de revenu. *L'emploi et le revenu en perspective*, 3 (6) 5-13. Statistique Canada catalogue n° 75-001-XIF.

- Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation*. Montréal : Guérin, collection « Le défi éducatif », 3^e édition.
- Letterier, J.-M. (2001). *Citoyen chiche ! Le livre blanc de l'éducation populaire*. Paris : Éditions de l'atelier.
- Lhuillier, D et Cochin, Y. (1999). *Déchets et Santé - Les représentations sociales des risques sanitaires liés aux déchets et à leurs modes de traitements* [en ligne]. Synthèse du rapport final. Université de Paris 7, Laboratoire de changement social, octobre 1999. Récupéré [le 7mars 2010] de : www.amiesfrance.info/docs/donnees_scientifiques/DECHETS ET SANTE.pdf
- Lombrail, P. (2000). Accès aux soins. Dans Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski et Thierry Lang, *Les inégalités sociales de santé* (p. 403-419). Paris : La Découverte, collection « Recherche »
- Loisy, C. (2000). Pauvreté, précarité, exclusions. Définitions et concepts. Dans *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale – 2000* (p. 23-50). Paris : la Documentation française, cahier n° 1.
- Maas, J., Verheij, R-A., de Vries, S., Spreeuwenberg, P., Schellevis, F-G. et Groenewegen, P-P. (2009). Morbidity is related to a green living environment. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63 (12), 967-973.
- Maas, J., Van Dillen, S., Verheij, R-A, et Groenewegen, P-P. (2008). Social contacts as a possible mechanism behind the relation between green space and health. *Health Place* 15 (2), 586-95.
- Maignant, G. (2007). Dispersion de polluants et morphologie urbaine. *L'Espace géographique*, 2007 /2 (36), 141-154.
- Maingueneau, D. (1997). *L'analyse du discours*. Paris : Hachette, 2^e édition.
- Maison D. et Ortalda L. (1998). Morphologie spatiale de la parenté. Proximités géographiques au sein de la famille étendue selon l'enquête « Proches et parents ». Dans Yves Grafmeyer et Francine Dansereau (Éds.), *Trajectoires familiales et espace de vie en milieu urbain*. Lyon : Presses universitaires de Lyon.
- Mannoni, P. (2006). *Les représentations sociales*. Paris : Presses universitaires de France, collection « Que sais-je ? », 4^e édition.
- Marpsat, M. (2008). Le logement, une dimension de la pauvreté en conditions de vie. *La Découverte - Regards croisés sur l'économie*, 2 (4) 70-82.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal : Gaëtan Morin
- Martineau, S. (2007). L'éthique en recherche qualitative : quelques pistes de réflexion. *Recherches qualitatives*, numéro hors série, 5, 70-81.

- Maurel, C. (2010). *Éducation populaire et puissance d'agir. Les processus culturels de l'émancipation*. Paris : L'Harmattan, collection « Travail du social ».
- Mercier, M. et Delville, J. (1988). *Aspects psychosociaux en éducation pour la santé*. Bruxelles : De Boeck Université, collection « Savoir & Santé ».
- Mercier, M. et Piette, D. (1988). Les mécanismes socioculturels en éducation pour la santé. Dans Michel Mercier et Jacqueline Delville, *Aspects psychosociaux en éducation pour la santé* (p. 45-60). Bruxelles : De Boeck Université, collection « Savoir & Santé ».
- Merriam, S. (1998). *Qualitative Research and Case Study Application in Education*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Michaud, C. (2000). Alimentation des personnes en situation de précarité ou de grande pauvreté. *Cahiers de nutrition et de diététique*, 35, 269-274.
- Mielewczyk, F. and Willig, C. (2007) Old Clothes and an Older Look : The Case for a Radical Makeover in Health Behaviour Research. *Theory & Psychology*, 17 (6), 811-837.
- Mitchell, G. et Dorling, D. (2003). An Environmental Justice Analysis of British Air Quality. *Environment and Planning A*, 35 909-929. [www.envplan.com/A.html]
- Mitchell, R. et Popham, F. (2008). Effect of exposure to natural environment on health inequalities: an observational population study. *Lancet*, 372, 1655-1660.
- Molinier, P., Rateau, P. et Cohen-Scali, V. (2002). *Les représentations sociales. Pratiques des études de terrains*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, collection « Didact psychologie sociale ».
- Moloughney, B (2004). *Le logement et la santé de la population : L'état des connaissances scientifiques actuelles*. Ottawa (Ontario) : Institut canadien d'information sur la santé et Société canadienne d'hypothèques et de logement.
- Morin, R. (2003). Quartier, identité et logement communautaire. Dans Lucie K. Morisset et Luc Noppen (Eds.), *Les identités urbaines – Échos de Montréal* (p. 269-283). Québec : Nota Bene.
- Moscovici, S. (2003). Des représentations collectives aux représentations sociales. Dans Denise Jodelet (Dir.), *Les représentations sociales* (p. 62-86). Paris : Presses universitaires de France, 7^e édition.
- Moscovici, S. (1986). L'ère des représentations sociales. Dans Willem Doise et Augusto Polmonari (Dir.), *L'étude des représentations sociales* (p. 34-80). Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.
- Moser, G. et Weiss, K. (2003). *Espaces de vie - Aspects de la relation homme-environnement*. Paris : Armand Colin.

- Mougenot, C. (1998). Santé et environnement : analogie dans les approches sociologiques. *Biotechnology, Agronomy, Society and Environment*, 2 (2), 96-105.
- Moulin, J.-J., Dauphinot, V., Dupré, C. Sass, C., Labbe, E., Gerbaud, L. et Guéguen, R. (2005). Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France, 1995-2002. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 43 (31 octobre), 213-215.
- Mucchielli, A. (Dir.) (2004). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin, 2^e édition.
- Mucchielli, A. (1994). *Les méthodes qualitatives*. Paris : Presses universitaires de France, collection « Que sais-je ? », 2^e édition.
- Muxel, A. (1996). *Individu et mémoire familiale*. Paris : Nathan, collection « Essais et Recherches ».
- Negura, L. (2006). L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales [en ligne]. *Sociologies, théories et recherches*. Récupéré [le 8 mars 2009] de : <http://sociologies.revues.org/document993.html>
- Nutbeam, D. (1988). *Glossaire de la promotion de la santé. La promotion de la santé : une perspective, une pratique*. Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, collection « promotion de la santé », cahier 1.
- Norman King, N. et Simard J.A. (2001). Conditions de logement et santé publique dans la région métropolitaine [en ligne]. *Bulletin d'information en santé environnementale*, 12 (1), 1-5. Récupéré [le 14 février 2010].de : www.inspq.qc.ca/bulletin/bise/default.asp
- O'Neill, M. et Stirling, A. (2006). Travailler à promouvoir la santé ou travailler en promotion de la santé. Dans Michel O'Neill, Sophie Dupéré, Ann Pederson et Irbing Rootman, *Promotion de la santé au Canada et au Québec - Perspective critique* (p. 42-61). Lévis : Presses de l'Université Laval.
- Ozanne, F. ; Moaligou, C. et Gandelot, J.L. (1985). Analyse des besoins de nettoyage des villes. Plan directeur de propreté. *Techniques et sciences municipales*, 9 (80), 367-389.
- Organisation mondiale de la santé, bureau régional de l'Europe (1989). *Charte européenne de l'environnement et de la santé* [en ligne]. Première Conférence européenne sur l'environnement et la santé, Francfort-sur-le-Main, 7 et 8 décembre 1989. Récupéré [le 3 avril 2009] de : www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_3?language=French

- Organisation mondiale de la santé (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* [en ligne]. Première conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa, 21 novembre 1986. Récupéré [le 27 janvier 2008] de : www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=French
- Ortalda, L. et Bigot, R. (2000). *L'influence du lieu de résidence sur les opinions*. Paris : Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie, Cahier de recherche n° 151.
- Oudry, A. et Hermand, D. (2002) Qualité de vie urbaine : conception et évaluation. Dans Christine Bonardi, Fabien Girandola, Nicolas Roussiau et Nadège Soubiale, *Psychologie sociale appliquée - Environnement, santé et qualité de vie* (p. 201-216). Paris : In Press, collection « Psycho ».
- Paillé, P. et Muchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Pampalon, R. (2002). *Espérance de santé et défavorisation au Québec, 1996-1998*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- Pampalon, R. et Raymond, G. (2000). Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec. *Maladies chroniques au Canada*, 21 (3), 113-122.
- Pan Ké Shon, J-P. (2009). *L'émergence du sentiment d'insécurité en quartiers défavorisés. Dépassement du seuil de tolérance... aux étrangers ou à la misère ?* Paris : Institut national des études démographique, document de travail 157
- Paquet, G. (1989). *Santé et inégalités sociales. Un problème de distance culturelle*. Québec : Institut québécois de recherche sur la culture.
- Paquot, T. (2003). Les territoires des classes moyennes : logement et environnement spatial. *Informations sociales*, 106, 76-81.
- Paré, I. (2002). Bilan de santé des Montréalais. Pauvres et malades [en ligne]. *Le Devoir*, 27 novembre 2002. Récupéré [le 23 mars 2009] de : www.ledevoir.com/2002/11/27/14422.html
- Paret, H. (1988). *Introduction à la santé communautaire*. Toulouse : Privat.
- Parizot, I. (1998). Trajectoires sociales et modes de relations aux structures sanitaires. Dans Jacques Lebas et Pierre Chauvin (Dirs.), *Précarité et santé* (p. 33-43). Paris : Flammarion.
- Parizot, I., Chauvin, P., Firdion, J.M., Paugam, S. (2003). *Santé, inégalités et ruptures sociales dans les zones urbaines sensibles d'Ile-de-France*. Paris : Synthèse de recherche pour l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Récupéré [le 29 mars 2009] de : www.u707.jussieu.fr/sirs/Region/synthese_SIRS_ZUS.pdf

- Paugam, S. (2005). *Les formes élémentaires de la pauvreté*. Paris : Presses universitaires de France.
- Paul, P. (2004). *Éducation à la santé et à l'environnement : Apport croisé des médecines chinoise et occidentale*. Rennes : Université de Rennes 2 Haute-Bretagne, Note de synthèse sur les travaux pour l'habilitation à diriger des recherches.
- Peretz, H. (2004). *Les méthodes en sociologie : l'observation*. Paris : La Découverte, collection « Repères », n° 234.
- Piette, D. (1994). Une histoire des concepts et des actions de promotion de la santé. *L'Observatoire - Revue d'action sociale et médico-sociale*, 3, 16-19.
- Pierret, J. (1984). Les significations sociales de la santé. Dans Marc Augé et Claudine Herzlich (Dirs), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* (p.217-256). Paris : Éditions des Archives contemporaines, collection « Ordres sociaux ».
- Pires, A. (1997). De quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales. Dans Jean Poupart, Jean-Pierre Deslauriers, Lionel-Henri Groulx, Anne Laperrière, Robert Mayer et Alvaro Pires, *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 3-52). Montréal : Gaëtan Morin.
- Poulain, J-P. et Tibère, L. (2008). Alimentation et précarité : Considérer la pluralité des situations. *Anthropology of food* [en ligne], 6, septembre 2008. Récupéré [le 24 janvier 2011] de : <http://aof.revues.org/index4773.html>.
- Poupart, J., Deslauriers, J-P., Groulx, L-H., Laperrières, A., Mayer, R. et Pires A.P. (1997). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Raboisson, V. (1994). Villes-Santé : une intention stratégique. *Sociologie Santé*, 11, 69-75.
- Remy, J. et Voyé, L. (1992). *La ville, vers une nouvelle définition*. Paris : L'Harmattan, collection « Ville et entreprises ».
- Restoin, A. (Dir) (2008). *Éducation populaire, enjeu démocratique - Défis et perspectives*. Paris : L'Harmattan
- Robert. A-D. et Bouillaguet, A. (2007). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses universitaires de France, collection « Que sais-je ? », 3^e édition.
- Robitaille, E. (2006). La part de la géographie dans la recherche sur les « effets de quartier ». *Cahiers de géographie du Québec*, 50 (141), 403-407.
- Roche, P. (2002). *Approche clinique et éducation populaire*. Paris : L'Harmattan, collection « Changement social ».

- Rochon, A. (1988). *L'éducation pour la santé. Un guide facile pour réaliser un projet*. Montréal : Agence Arc Inc.
- Rodhain, F. (2008). *Le « Je » et le décryptage du jeu du mental comme préalables à une science en conscience*. Document de synthèse d'habilitation à diriger des recherches. Université Montpellier 2, Sciences et technique du Languedoc.
- Ross, N.A. (2004). *Qu'avons-nous appris en étudiant l'inégalité du revenu et la santé de la population ?* Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.
- Roussel, I. (2007). La pollution atmosphérique, une interrogation sociétale. Dans Lionel Charles, Pascale Ebner, Isabelle Roussel et Alain Weill, *Évaluation et perception de l'exposition à la pollution atmosphérique* (p.29-53). Paris : La documentation française.
- Roy N., S. (2009). L'étude de cas. Dans Benoît Gauthier (Dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (p. 199-225). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec, 5^e édition.
- Sagnes, S. (2004). Cultiver ses racines. Mémoire généalogique et sentiment d'autochtonie. *Ethnologie française*, 34 /1 (31-40). Récupéré [le 7 février 2010] de : www.cairn.info/revue-ethnologie-francaise-2004-1-page-31.htm
- Sainsaulieu, I. (2010). Entre histoire et historicité : esquisse d'une typologie de la communauté. Dans Ivan Sainsaulieu, Monika Salzbrunn et Laurent Amiotte-Suchet, *Faire communauté en société. Dynamique des appartenances collectives* (p. 23-36). Rennes : Presses Universitaires de Rennes, collection « Le Sens social ».
- Santé Canada (2007). *Guide alimentaire canadien* [en ligne]. Ottawa : publication de Santé Canada. Récupéré [le 14 mai 2009] de : www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/order-commander/index-fra.php#2
- Sauvé, L. (2005). Repères pour la recherche en éducation relative à l'environnement. Dans Lucie Sauvé, Isabel Orellana et Étienne van Steenberghe, *Éducation et environnement - Un croisement de savoirs*, actes du colloque « Le croisement des savoirs au coeur des recherches en éducation relative à l'environnement » (p. 27-49). Montréal : Les Cahiers de l'Acfas (Association francophone pour le savoir), n° 104.
- Sauvé, L. (2001). *Éducation et environnement à l'école secondaire*. Montréal : Logiques.
- Sauvé, L. (1999). Un « patrimoine » de recherche en construction. *Éducation relative à l'environnement. Regards. Recherches. Réflexions*, 1, 13-40.
- Sauvé, L. (1997). *Pour une éducation relative à l'environnement*. Montréal : Guérin, collection « Le défi éducatif », 2^e édition.

- Sauvé, L. et Berryman, T. (2003). Researchers and Research in Environmental Education : a Critical Review Essay on Mark Rickinson's Report on Learners and Learning. Dans Christopher Oulton et William Scoot (Dirs.), *Environmental Education Research, Special Issue : Reviewing Research in Environmental Education : extended critical reflexion*, 9 (2), 166-108.
- Sauvé, L. et Garnier, C. (2000). Une phénoménographie de l'environnement. Réflexions théoriques et méthodologiques sur l'analyse des représentations sociales. Dans Catherine Garnier et Michel-Louis Rouquette (Dirs.), *Représentations sociales et éducation* (p. 207-227). Montréal : Éditions Nouvelles.
- Sauvé, L. et Godmaire, H. (2004). Environmental health education : a participatory holistic approach. *Ecohealth*, CRDI, décembre 2004, 35-46.
- Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? Actes du colloque « Recherche qualitatif : les questions de l'heure » [en ligne]. *Recherches Qualitatives*, hors série, 5, 99-111. Récupéré [le 6 janvier 2009] de : www.recherche-qualitative.qc.ca/hors_serie_v5/savoie_zajc.pdf
- Savoie-Zajc, L. (2004a). La recherche qualitative/interprétative en éducation. Dans Thierry Karsenti et Lorraine Savoie-Zajc (Dirs.), *La recherche en éducation : étapes et approches* (p. 123-150). Sherbrooke : Éditions du CRP, 3^e édition.
- Savoie-Zajc, L. (2004b). L'entrevue semi-dirigée. Dans Benoît Gauthier (Dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (p. 293-316). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec, 4^e édition.
- Schwandt, T. (2000). Three Epistemological Stances for Qualitative Inquiry : Interpretivism, Hermeneutics, and Social Constructionism. Dans Norman K. Denzin et Yvonna S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (p. 189-213). Thousand Oaks : Sage Publications, 2^e édition.
- Seca, J-M. (2002). *Les représentations sociales*. Paris : Armand Colin, collection « Cursus - Sociologie ».
- Senégal, P. (2005). L'avenir du quartier Pointe-Saint-Charles : lié à la préservation de son habitat social. *L'habitat en bref - Collection synthèse d'étude et de recherche*, n° 19.
- Shelley, P. (2003). *Répercussions de la pauvreté sur la santé. Aperçu de la recherche*. Ottawa : Publication de l'Institut canadien d'information sur la santé.
- Simeone, A. (2002). Désordre urbain et sentiment d'insécurité. Dans Christine Bonardi, Fabien Girandola, Nicolas Roussiau et Nadège Soubiale (Dirs.), *Psychologie sociale appliquée - Environnement, santé et qualité de vie* (chapitre XIII, p. 249-274) Paris : In Press, collection « Psycho ».
- Sirgy, J. et Cornwell, T. (2002). How Neighborhood Features Affect Quality of Life. *Social Indicators Research*, 59 (1), 79-114.

- Smargiassi, A., Berrada, K., Fortier, I., King, N. et Kosatsky, T. (2005). Trafic routier et risque d'hospitalisation pour problèmes respiratoires chez les personnes âgées de Montréal [en ligne]. *BISE - Bulletin d'information en santé environnementale*, Institut national de santé publique du Québec, 14 (4), juillet-août 2005. Récupéré [le 23 avril 2010] de : www.inspq.qc.ca/pdf/bulletin/bise/BISE-16-4.pdf
- Spector, R.E. (1985). *Cultural diversity in health and illness*. Norwalk, Connecticut : Appleton-Century-Crofts.
- Spradley, J.(1980). *Participant observation*. New York : Holt, Rinehart and Winston.
- St-Cyr Tribbe, D. et Saintonge, L. (1999). Réalité, subjectivité et crédibilité en recherche qualitative : quelques questionnements. *Recherches Qualitatives*, 20, 113-125.
- Steinmetz, K.A. et Potter, J.D. (1996). Vegetable, fruit and cancer prevention : a review. *Journal of the American Dietetic Association*, 96 (10), 1027-1036.
- Sugiyama, T., Leslie, E. et Giles-Corti, B. (2008). Associations of neighbourhood greenness with physical and mental health: do walking, social coherence and local social interaction explain the relationships ? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62.
- Thiberger, C. (2002). *La ville en creux*. Paris : Le Linteau.
- Thomson, H (2001). Health effects of housing improvement: systematic review of intervention studies. *British Medical Journal*, 323, 187-90.
- Tönnies, F. (2010). *Communauté et société. Catégories fondamentales de la sociologie pure*. Paris : Presses Universitaires de France, collection « Le lien social ».
- Towsend, P. (1987). *Deprivation*. *Journal of social policy*, 16, 125-146.
- Trudel, L., Simard, C., et Vonarx, N. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire ? Actes du colloque « Recherche qualitatif : les questions de l'heure » [en ligne]. *Recherches Qualitatives*, numéro hors série, 5, 38-45. Récupéré [le 23 avril 2010] de : www.recherche-qualitative.qc.ca/hors_serie_v5/trudel.pdf
- Ulrich, R.S (1999). Effects of gardens on health outcomes ; theory and research. Dans Clare Cooper Marcus et Marni Bernes (Éds), *H*
- Ulrich, R.S (1997). A theory of supportive design for health care facilities. *Journal of Healthcare Design*, 9 (3-7).
- Ulrich, R.S. (1983). Aesthetic and affective response to natural environment. Dans Irwin Altman et Joachim F. Wohlwill (Eds), *Behavior and the natural environment* (p.85-125). New York : Plenum Press

- Van Den Berg, J. (1999). Une maison médicale au cœur des marolles. *Symbiose*, Dossier « Environnement et Santé », n° 45, décembre 1999, p. 17.
- Van der Maren, J.-M. (2004). *Méthode de recherche pour l'éducation*. Bruxelles : Éditions De Boeck Université, collection « Méthodes en sciences humaines », 2^e édition.
- van Steenberghe, E. (2005). Caractériser l'appartenance sociale pour de meilleures pratiques en éducation relative à la santé environnementale. *Éducation relative à l'environnement. Regards. Recherches. Réflexions*, 5, 121-130.
- van Steenberghe, E. et Doumont, D. (2005). *L'éducation relative à la santé environnementale en milieu communautaire. Un nouveau champ en émergence*. Bruxelles : Université catholique de Louvain - RESO - Unité d'éducation pour la santé, en collaboration avec la Chaire de recherche du Canada en éducation relative à l'environnement, Séries des dossiers techniques, 05-37.
- van Steenberghe, E., Sauvé, L. et Godmaire, H. (2002). *L'éducation relative à la santé environnementale : un modèle éducationnel pour l'intervention en milieu communautaire*. Congrès du Réseau canadien d'éducation et de communication relative à l'environnement - EECOM, Les défis de l'éducation relative à l'environnement centrés sur la communauté, 11 au 15 août. Montréal : Université du Québec à Montréal, texte inédit.
- Vez, I. (1996). Une approche plurielle de la pauvreté urbaine : processus de disqualification sociale et exclusion. Dans Christophe Jaccoud, Martin Schuler et Michel Bassand (Dir.), *Raisons et déraisons de la ville. Approches du champ urbain* (p. 309-323). Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Viard, J. (1990). *Le Tiers espace. Essai sur la nature*. Paris : Méridiens-Klincksieck.
- Vibert, S. (2004). La genèse de l'idée de « communauté » comme transcription collective de l'individualisme moderne. Dans Francine Saillant, Michèle Clémant et Charles Gaucher (Dir.), *Identités, vulnérabilités, communautés* (p. 43-60). Québec : Nota bene.
- Villemagne, C. (2002). *Le programme d'action environnementale « Éco-quartier » – Proposition pour l'élaboration d'un cadre conceptuel et théorique*. Montréal : Les Publications ERE-UQAM.
- Vlahov, D., Gibbe, E., Freudenberg, N. et Galea, S. (2004). Cities and Health History, Approaches, and Key Questions. *Academic Medicine*, 79 (12), 133-138.
- Von Glasersfeld, E. (1985). *L'approche constructiviste : vers une théorie des représentations*. Séminaire sur la représentation du 21 novembre 1985, n° 7. Montréal : Centre Interdisciplinaire de Recherche sur l'Apprentissage et de Développement en Éducation, Université du Québec à Montréal.

- Warin, P. (2011). La participation citoyenne dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale questionnée par le non-recours à l'offre publique. *Télescope*, 17 (1), 116-134.
- Wayens, B. (2006). L'environnement du logement. Dans Truus Roesems et Myriam De Spiegelaere, *Atlas de la santé et du social de Bruxelles-Capitale 2006* (p. 105-110). Bruxelles : Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, Commission communautaire commune.
- Wenz, P. (1988). *Environmental Justice*. Albany : State University of New York Press.
- Whitacre, P.T., Tsai, P. et Mulligan, J. (2009). *The Public Health Effects of Food Deserts: Workshop Summary*. Washington : The National Academies Press.
- Willems, S., Van de Geushte, I., Alaluf, V. et coll. (2007). Problématique des inégalités socio-économiques de santé en Belgique. *Santé conjugée*, 40, 25-34.
- Williams, R.W. (1999). Environmental justice in America and its politics of scale. *Political Geography*, 18 (1), 49-73.
- Wilson, K., Elliot, S., Law M., Eyles, J., Jerret, M. et Keller-Olaman, S. (2004). Linking perceptions of neihgbourhood to health in Hamilton, Canada. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58 (3), 192-198.
- Woods, P. (1999). L'ethnographie au service de l'éducation. Dans Anna Vasquez et Isabel Martinez, *Recherches ethnographiques en Europe et en Amérique du Nord* (p. 43-72). Paris : Éditions Anthropos.
- Yen, I.H. et Leonard Syme, S. (1999). The Social Environment and Health : A Discussion of the Epidemiologic Literature. *Annual Review of Public Health* 20, 287-308.
- Yin K., R. (1994). *Case Study Research*. Thousand Oaks : Sage Publications.
- Young, A. (1982). The Anthropology of Illness and Sickness. *Annual review of Anthropology*, 11, 257-285.

APPENDICES

Appendice 1	Règles déontologiques liées à la recherche Université du Québec à Montréal
Appendice 2	Lettre d'acceptation de participation à la recherche de la part des personnes défavorisées
Appendice 3	Entrevue individuelle - Guide d'entretien - Tableau de correspondance
Appendice 4	Retranscription d'une entrevue individuelle
Appendice 5	Synthèse des résultats - Pointe-Saint-Charles
Appendice 6	Synthèse des résultats – La Samaritaine
Appendice 7	Carte du quartier Pointe-Saint-Charles (Montréal, Québec)
Appendice 8	Carte du quartier de La Samaritaine (Bruxelles, Belgique)
Appendice 9	Affiche - Population cible, Pointe-Saint-Charles
Appendice 10	Article - Population cible, Pointe-Saint-Charles (Montréal, Québec)
Appendice 11	Liste des principaux organismes oeuvrant dans les quartiers
Appendice 12	Relevé de principales communications et publications actuelles dans le cadre de ce doctorat

APPENDICE 1

RÈGLES DÉONTOLOGIQUES LIÉES À LA RECHERCHE

Université du Québec à Montréal



DOCTORAT EN ÉDUCATION

Demande d'approbation déontologique concernant
un projet de thèse portant sur des sujets humains

*La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne aussi bien
les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.*

IDENTIFICATION

Nom et prénom de l'étudiant	van Steenberghe Étienne
Nom et prénom du directeur	Sauvé Lucie (UQAM)
Nom et prénom du codirecteur	Deccache Alain (UCL - École de Santé Publique)

TITRE DE LA THÈSE

Les représentations sociales relatives aux liens entre la santé et l'environnement de
populations en milieux urbains défavorisés.

DESCRIPTION ET MÉTHODOLOGIE DU PROJET

1. Formulation de l'objectif général de la recherche

Deux objectifs principaux de recherche ont été définis :

 1. Caractériser les représentations sociales relatives aux liens entre la santé et l'environnement en milieux urbains défavorisés au Québec et en Belgique.
 2. Identifier des pistes stratégiques pour la prise en compte des représentations sociales de la santé et de l'environnement dans l'élaboration et la mise en oeuvre d'interventions éducatives relatives à la santé environnementale.

2. Méthodologie

2.1 Description des types d'instruments utilisés

Trois stratégies de cueillette de données ont été identifiées en fonction de nos objectifs de recherche à savoir :

- L'entrevue individuelle semi-structurée dite « en profondeur » ;
- Le groupe de discussion ;
- L'observation pour recueillir des informations surtout descriptives (apprivoiser le territoire, caractériser le quartier et sa population, aider à élaborer le guide d'entretien, repérer des éléments d'un agir pour nous mettre sur les pistes de représentations sociales).

2.2 Identification des types et du nombre de sujets rejoints avec chaque instrument

Notre groupe d'étude est le résultat d'une sélection dans un bassin de population défini en collaboration avec la Maison Médicale des Marolles (Bruxelles) et la Clinique Communautaire de Pointe Saint-Charles (Montréal). Le groupe d'étude comprendra 24 personnes adultes (12 par quartier urbain) et tiendra compte de la diversité de notre bassin de population. Toutefois, le groupe d'étude pourra être révisé pour se donner une diversification suffisamment grande afin d'avoir accès au panorama le plus complet possible de la situation. La collecte des données guidera donc le chercheur dans son choix d'intégrer ou non de nouveaux répondants issus de notre bassin de population préalablement défini.

3. Comment les sujets seront-ils informés de leurs droits ainsi que des objectifs et des modalités de la recherche?

Avant d'obtenir le consentement, chaque répondant sera informée des objectifs de la recherche, des stratégies de collecte de données (comment va se dérouler l'entretien) et de sa possibilité de se retirer à tout moment. Par ailleurs, il est important de signaler qu'au début de chaque entrevue individuelle (et il en est de même pour nos groupes de discussion), il sera demandé au répondant l'autorisation d'enregistrer la rencontre afin de ne pas perdre des données importantes. En cas de refus de la personne, une prise de note détaillée sera assurée. Le répondant sera averti que tous les enregistrements seront détruits sitôt que la recherche sera terminée et que son nom n'apparaîtra nulle part tout au long du processus de la recherche et dans le rapport final. Les répondants et les collaborateurs seront informés des résultats de la recherche lors d'une rencontre dans chacune des institutions concernées.

4. Qui recueillera les informations auprès des sujets?

Toutes les informations seront directement recueillies par l'étudiant-chercheur. Néanmoins si se pose un problème de codage linguistique pouvant affecter la collecte des données, ou encore si un répondant le souhaite, un travailleur socio-communautaire du quartier pourrait accompagner l'étudiant-chercheur. Sa présence servirait à rassurer le répondant et à faciliter le recueil des données par l'étudiant-chercheur. Le travailleur socio-communautaire serait soumis aux mêmes exigences de confidentialité envers les personnes interrogées.

5. Comment sera obtenu le consentement

5.1 des sujets majeurs?

Vu la spécificité de notre population (faible scolarité, analphabétisme, etc.) le consentement sera obtenu après avoir expliqué le plus simplement possible le déroulement de la recherche en présence d'un travailleur socio-communautaire du quartier. Ce consentement sera pris oralement.

La collecte des données se fera dans un local de la Maison Médicale du quartier des Marolles (Bruxelles) et de la Clinique Communautaire de Pointe-Saint-Charles (Montréal).

5.2 des sujets mineurs?

Aucun sujet ne sera mineur.

En effet, les critères retenus à priori pour notre bassin de population sont les suivants :

- Âge : entre 35 et 55 ans.
- Ancienneté dans le quartier : 5 ans et plus.
- Niveau de scolarité : secondaire non terminé.
- Dimension linguistique : partage d'une langue commune, soit le français.
- Revenus : allocation de remplacement égale ou inférieure au seuil de pauvreté.

6. Références et support — Chez le sujet, lorsqu'un problème est détecté et dont la nature est reliée principalement à l'objet de la recherche, de quelles ressources disposez-vous pour lui venir en aide (intervention ponctuelle de votre part, référence à son médecin, au psychologue scolaire, etc.)?

Compte tenu du principe de confidentialité, si un problème (ou un besoin d'aide spécifique) est détecté chez le répondant - par exemple un problème qui nécessite une intervention médicale ou psychologique ou légale, il lui sera suggéré de se référer à un travailleur social et/ou médical des structures médicales mentionnées préalablement.

7. Au besoin, comment sera obtenue l'autorisation des établissements ou organismes où se déroule la recherche?

Le point d'ancrage de la recherche dans chaque quartier sera l'institution de santé (Maison Médicale à Bruxelles et Clinique Communautaire de Pointe Saint-Charles à Montréal). Une première rencontre expliquant brièvement le projet a déjà eu lieu. Une demande officielle (lettre manuscrite) et un document présentant de manière succincte le projet de recherche (objectif, méthodologie, planification de la recherche) ainsi que la place occupée par l'institution dans le projet de recherche sera acheminée aux responsables de chaque institution.

Un accord de collaboration sera ensuite signé entre l'étudiant-chercheur et la personne responsable de l'institution. Les aspects qui feront l'objet de cet accord seront : identification du bassin de population et possiblement des répondants, utilisation des locaux de l'institution, observation de certaines interventions éducatives, discussion du projet de recherche, support logistique, présentation et discussion des résultats.

8. Comment seront respectés l'anonymat et la confidentialité des informations recueillies?

8.1 Lors du traitement et de l'analyse des informations?

L'analyse de contenu est la principale stratégie d'analyse des données qui sera retenue. Lors du traitement et de l'analyse, nous envisageons un système de codification propre à notre recherche. Cette codification assurera à la fois l'anonymat et la confidentialité des données recueillies.

8.2 Lors de la diffusion des résultats de la recherche?

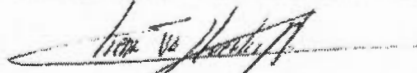
Lors de la diffusion des résultats, le nom des répondants ne sera jamais associé aux résultats figurant dans le document final - ni aux articles et autres publications ou communications issues de cette recherche.

9. Quand et comment seront détruites, le cas échéant, les informations reposant sur des supports permettant d'identifier les sujets tels: cassette audio, cassette vidéo?

Tous les supports permettant d'identifier les sujets - enregistrements audiophoniques et transcriptions des entrevues - seront détruit cinq ans après la présentation de la thèse (rapport final). Ce délai permettra à toute personne qui le souhaite d'authentifier la recherche.

Notons au passage que les enregistrements audiophoniques ainsi que toutes les transcriptions écrites seront codifiées. Aucun nom n'apparaîtra sur le matériel.

Je reconnais avoir pris connaissance des règles déontologiques liées à la recherche et je m'engage à m'y conformer.

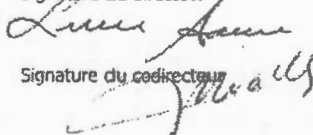


Signature de l'étudiant

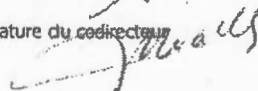
24 juin 2004
date

APPROBATION DU COMITÉ DE RECHERCHE

Signature du directeur



Signature du codirecteur



15/07/04
date

06/07/04
date

APPENDICE 2

LETTRÉ D'ACCEPTATION DE PARTICIPATION À LA RECHERCHE
DE LA PART DES PERSONNES DÉFAVORISÉES*

J'accepte de participer à la recherche menée par Étienne van Steenberghe, sous les conditions suivantes :

- Le respect de l'anonymat et de l'information confidentielle que le chercheur Étienne van Steenberghe connaîtra au sujet de ma vie privée. Cette condition s'étend à tous mes proches.
- Le respect de mon droit de connaître les résultats de cette recherche, à ma demande.

J'accepte l'enregistrement audio des entrevues, pourvu que ce matériel soit utilisé exclusivement à des fins liées à la recherche et sous la condition de les détruire lorsque la recherche sera finalisée.

Finalement, j'atteste que le chercheur Étienne van Steenberghe m'a expliqué les objectifs et les modalités de la recherche ainsi que le caractère volontaire de ma participation.

Signé le 2008 / 2009

* Si nécessaire, cette acceptation de participation sera enregistrée.

APPENDICE 3 ENTREVUES INDIVIDUELLES - GUIDE D'ENTRETIEN - TABLEAU DE CORRESPONDANCE

Légende

Représentations sociales¹⁰²

- Dimension cognitive (C)
- Dimension affective (A)
- Dimension axiologique / valeurs (V)
- Dimension praxéologique / agir (P)

CE QUE JE CHERCHE

Prise de contact

- Habitez-vous le quartier ? Dans quel coin du quartier habitez-vous ? Depuis combien de temps ? Avez-vous toujours habité le même coin ? [Où habitez-vous avant ?] Pourquoi avez-vous déménagé ?

CE QUE JE DEMANDE AUX PERSONNES

I. Représentations sociales de l'environnement¹⁰³

1.1 À l'échelle du quartier

- (C) - Parlez-moi de votre quartier ? Pouvez-vous me décrire en quelques mots le quartier dans lequel vous vivez ?
- (A - V) - Êtes-vous satisfait (actuellement) de votre coin de quartier ? Est-ce que cela vous convient ? Pourquoi ?
- (A - V) - Quels aspects trouvez-vous agréables dans votre quartier ? Pourquoi ?
- Quels aspects trouvez-vous désagréables dans votre quartier ? Pourquoi ?

¹⁰²

La dimension cognitive concerne tout ce qui est relatif à la connaissance, aux savoirs et croyances ; la dimension affective fait référence aux désirs, motivations, émotions, sentiments d'une personne ; la dimension axiologique couvre les valeurs et les orientations d'une personne et la dimension praxéologique se rapporte aux actions, à l'agir conscient (Inspiré de Legendre, 2005 ainsi que Sauvé et Garnier, 2000).

¹⁰³

L'accent est mis sur le quartier, la rue et le logis, car il s'agit du réel auquel l'individu est confronté.

- (P) - Quelles sont vos activités dans votre quartier ? Quels sont les services que vous fréquentez ?
- (P) - Faites-vous votre épicerie dans le quartier ?
- (A - V) - Quelle importance accordez-vous à votre quartier ? Pourquoi ?
- (C) - Pensez-vous quitter ce quartier ? [Aimeriez-vous quitter ce quartier ?] Pourquoi ? Si vous quittiez le quartier, qu'est-ce qui vous manquerait le plus ?
- (A - P) - Serait-il possible d'améliorer la qualité de vie dans le quartier ? Comment ? Qui devrait s'en occuper ?

1.2 À l'échelle de la rue

- (A) - Êtes-vous satisfait de votre rue ? Pourquoi ?
- (A - P) - Quels aspects trouvez-vous agréables dans votre rue ? Pourquoi ?
- Quels aspects trouvez-vous désagréables dans votre rue ? Pourquoi ?
- (C - A - V) - Y a-t-il des problèmes spécifiques dans votre rue ? Lesquels ? Pourquoi est-ce un problème ? [Idées cherchées : déchets, bruit, seringues usagées, bouteilles cassées, espaces verts, animaux nuisibles...].
- (P) - Pensez-vous pouvoir améliorer la qualité de vie dans votre rue ? Comment ?

1.3 À l'échelle du logis

- (C) - Décrivez-moi votre logement ?
- (C) - Y a-t-il des problèmes particuliers dans votre logement ? Lesquels ? [Idées recherchées : bruit, humidité, moisissure, fuite d'eau, animaux nuisibles...]. Pour chaque cas cité : en quoi est-ce un problème pour vous ?
- (P) - Si vous avez un problème dans votre logement, comment faites-vous pour le résoudre ? À qui vous adressez-vous ? Pourquoi ?
- (A) - Quelle importance accordez-vous à la qualité de votre logement ? Pourquoi ?

- (C - A - P) - Avez-vous un bout de jardin ? Pourriez-vous me le décrire en quelques mots ? Quelle importance accordez-vous à votre jardin ? [Alimenteriez-vous avoir un bout de jardin ? Pourquoi ?]
- (C - A) - Avez-vous un animal de compagnie ? Si oui, est-ce important pour vous d'avoir un animal de compagnie ? Pourquoi ?

1.4 Autres

- (C) - Y a-t-il beaucoup d'animaux dans le quartier ?
- (C - V) - Y a-t-il des espaces verts dans le quartier ? Pensez-vous qu'ils sont suffisants ? Pourquoi ?
- (V) - Pour vous, qu'est-ce que l'environnement ? Qu'est-ce qui est important pour vous dans l'environnement ?
- (P) - À quoi cela sert-il d'améliorer son environnement ? [Idées recherchées : liens éventuels avec la santé, le bien-être, la qualité de vie...]
- (A) [Pollution] - Est-ce que dans votre quartier cela sent « bon » ? Pourquoi ?
- (C - A - V) - Que pensez-vous de la qualité de l'air dans votre quartier ? dans votre rue ? Pourquoi ?
- (C - V) - En quoi la qualité de l'air est-elle importante ?

II. Représentations sociales de la santé

2.1 À l'échelle plus « biopsychosocial » - thématiques pouvant être liées à la santé

- (A) [Alimentation] - Est-ce que vous vous préoccupez de votre alimentation ? Pourquoi ?
- (C - A) - Trouvez-vous que vous avez de bonnes habitudes alimentaires ? Pourquoi ?
- (C - V) - Pour vous, qu'est-ce qu'une bonne alimentation ? En quoi est-ce important d'avoir une bonne alimentation ?

- (C) - Avez-vous obtenu de l'information sur l'alimentation ? Où obtenez-vous des conseils [de l'information] sur l'alimentation / la nutrition ?
- (C - A - V - P) [Activité physique] - Quelles sont vos activités quotidiennes / journalières ? Parlez-moi de votre activité favorite ?
- (C - V - P) - Pratiquez-vous une activité physique sur une base régulière ? Pourquoi ? [Est-ce important pour vous ? Pourquoi ?]
- (C - A - V - P) [Tabagisme] - Avez-vous l'impression que beaucoup de personnes fument dans votre quartier ? Pourquoi fument-elles ? [Est-ce que vous fumez ? Pourquoi fumez-vous ?] Est-ce que la cigarette est nocive pour vous ? La fumée vous dérange-t-elle ?
- (C) [Alcoolisme] - Y a-t-il beaucoup de personnes qui boivent de l'alcool dans le quartier ? Pourquoi ?
- (C - A - P) [Support] - Est-ce que vous vous sentez stressé et/ou énervé ? Pourquoi ? Que faites-vous si vous êtes stressé et/ou énervé ?
- (P) - Fréquentez-vous des organismes d'aide dans le quartier ? Lesquels ? Pourquoi ?

2.2 À l'intersection du « biopsychosocial » et du « biomédical »

- (C) - Si on vous demandait, c'est quoi la santé, que diriez-vous ? Qu'entendez-vous personnellement par le mot « santé » ?
- (C) - Comment parlez-vous de votre santé avec votre entourage ?
- (C - V - P) - Quand vous sentez-vous en bonne santé ? Indiquez différentes situations ?
- (P) - Est-il possible de faire quelque chose soi-même pour influencer sa santé ? Avec les autres ? Quoi ? Comment ?
- (A - P) - Êtes-vous en mesure d'influencer personnellement et directement votre santé ? Si oui, comment ? Qu'est-ce qu'il faut faire pour rester en (bonne) santé ?
- (C) - Parlez-moi de vos principaux problèmes de santé ? Quelle en est l'origine selon vous ?
- (C) - Avez-vous des inquiétudes au sujet de votre santé ? Si oui, lesquelles ?

- (P) - Que faites-vous face à vos problèmes de santé ? Utilisez-vous des services de santé ? dans votre quartier ? Lesquels ? Pourquoi ?
- (C) - Quels problèmes de santé tolérez-vous sans cesser de vous sentir en (bonne) santé ?
- (C - V) - En quoi la santé est-elle quelque chose d'important pour vous ?
- (C) - Avez-vous l'impression que les gens sont en bonne santé dans votre quartier ? Pourquoi ?

2.3 À l'échelle de la relation santé - maladie

- (C) - Qu'est-ce qui fait qu'une personne devient malade ? Qu'est-ce qui fait que vous devenez malade ? La maladie, ça dépend de quoi ?
- (C) - Qu'est-ce que la maladie pour vous ?
- (C - A - P) - Qu'est-ce qu'il faut faire lorsqu'on est malade pour redevenir en santé ?

III. Relations entre la santé et l'environnement

- (C) - Pensez-vous / croyez-vous ce que votre environnement a un impact sur votre santé ? Lequel ? [Comment voyez-vous le rapport entre votre santé et votre environnement ?]

3.1 À l'échelle du quartier

- (C - V) - Y a-t-il des éléments de votre quartier que vous jugez favorables pour la santé ? pour votre santé ? Pourquoi ?
- (C - V) - Y a-t-il des éléments de votre quartier que vous considérez comme nuisibles pour la santé ? pour votre santé ? Pourquoi ?
- (C - V) - Quel(s) changement(s) faudrait-il apporter dans votre quartier pour améliorer la santé ? Quel(s) changement(s) apporteriez-vous pour améliorer votre santé ?

3.2 À l'échelle du logis

- (C - A - V) - Énumérez-moi les principaux éléments de votre logis que vous jugez favorables pour votre

santé ? Pourquoi ?

- (C) - Quels sont les éléments de votre logis que vous considérez comme nuisibles pour la santé ? pour votre santé ? Pourquoi ?
- (C - P) - Quel(s) changement(s) faudrait-il apporter dans votre logis pour améliorer la santé ? Quel(s) changement(s) apporteriez-vous pour améliorer votre santé ?

IV. Autres

4.1 La dimension onirique

[Idée du *désirable environnemental*¹⁰⁴]

- (À - V) - Décrivez-moi votre quartier de rêve ? Où aimeriez-vous habiter ? Décrivez-moi l'habitation de vos rêves ?
- (P) - Si demain vous étiez élu municipal (communal), que feriez-vous pour améliorer votre quartier ? votre environnement ?

[Idée de changement pour améliorer la santé]

- (P) - Si demain vous étiez élu municipal, que feriez-vous pour améliorer la santé des habitants de votre quartier ?
- [mot de la fin] - Souhaitez-vous ajouter quelque chose à propos de l'environnement et de la santé ?
- Que pensez-vous de notre entretien ?

Note :

Ce guide d'entretien détaillé sert de repère pour le chercheur. Il permet aussi de recueillir du matériel pertinent au regard des objectifs de notre recherche. Mais, dans l'esprit d'un travail de nature ethnographique, cet outil ne doit pas nous enfermer dans une démarche rigide. Dès lors, chaque entrevue se déroule sur un mode dialogique. L'ordre des questions, ainsi que leur formulation, varie d'une rencontre à l'autre et s'adapte en fonction de chaque personne.

¹⁰⁴ L'expression est reprise de : Moser, G. et Weiss, K. (2003). *Espace de vie – Aspects de la relation homme-environnement*. Paris : Éditions Armand Colin.

Notes personnelles

VIE DE QUARTIER

Habitez-vous dans le quartier ?

Présentement, j'habite sur la rue Island, dans une coopérative là-bas. C'est proche de la rue Centre. Ce n'est pas loin d'ici. Il y a la rue Centre puis la rue Augustin-Cantin... En fait, il y a trois rues, ici au-dessus.

Est-ce que ça fait longtemps que vous habitez là ?

Cela fait seize ans que j'occupe le même logement. Avant cela, j'habitais dans un OSBL [Organisme sans but lucratif], sur la rue Centre. C'était un logement pour les personnes qui ont un problème de santé mentale et qui s'en allaient dans un logement pour être plus autonomes. Je suis restée deux ans là-bas avant de rentrer dans mon logement actuel qui est dans la coopérative. Cela fait quand même quarante ans que j'habite dans le quartier. Je suis née dans le quartier. Quand j'avais un an, j'ai aussi déménagé pour aller sur Saint-Henri [quartier voisin]. En fait, ce sont mes parents qui ont déménagé quand j'étais très jeune. Puis, on est revenu habiter dans le quartier un an après. C'est ma mère qui a voulu revenir dans le quartier. Elle trouvait que c'était mieux de vivre dans le quartier ici. On avait aussi déjà beaucoup de tantes et d'oncles qui habitaient dans le quartier.

Est-ce que vous pouvez me décrire un peu votre quartier ?

Oh my god ! Quand j'étais jeune, je me rappelle qu'on avait plein de choses ici dans le quartier. On avait une pharmacie à l'endroit où se trouve maintenant le métro. Le quartier en tant que tel était plus familial en comparaison à aujourd'hui. Tu te promenais sur la rue et tout le monde te connaissait. Aujourd'hui, c'est plus différent parce qu'il y a beaucoup plus - je ne suis pas raciste là - d'immigrants qui habitent dans le quartier. Mais, il y en a moins qu'ailleurs... Ce n'est plus vraiment pareil. On va encore dire bonjour aux gens qui

¹⁰⁵

Cette entrevue ci-dessous vise essentiellement à illustrer la démarche de collecte de données.

Nos rencontres duraient en moyenne plus de deux heures. Les personnes se sentant dans une situation d'écoute attentive nous parlaient longuement de la santé, de leur environnement à travers des bribes de récits de vie. Nous avons choisi de ne pas mettre dans cet appendice une de nos entrevues dont la retranscription dépassait les 35 pages. Les retranscriptions par écrit de chaque entrevue ont été les plus précises et fidèles possible. Nous avons voulu rester le plus proche possible du langage utilisé par les personnes et de leur vécu.

restent ici depuis de nombreuses années dans le quartier. J'ai même deux professeurs qui m'ont enseigné, qui sont toujours dans le quartier. Dans ce temps-là, où il y a aujourd'hui le centre Louis Riel, c'était notre école. C'était l'école Saint-Charles. L'école a passé au feu. Ensuite, moi je suis venue dans les locaux de l'école secondaire Charles Lemoine. Ici, ils ont séparé l'école en deux. Ils ont mis l'école secondaire d'un bord et l'école primaire sur l'autre bord. Puis sur la rue Centre, ils ont fait des condos. Dans ce temps-là, cela s'appelait l'école Sainte-Croix. Moi, j'ai fait mon école maternelle 1 et 2 à l'école Sainte-Croix et puis on a déménagé à l'école Saint-Charles qui était sur la rue Island et la rue Saint-Quentin. Et puis quand il y a eu le feu, on a déménagé ici à l'école Charles Lemoine. J'étais en sixième année primaire quand l'école est passée au feu. Je pense que je devais avoir douze ans à cette époque-là.

Moi, maintenant dans le quartier je fais mes petites choses. Je trouve cependant que les jeunes d'aujourd'hui font beaucoup de graffitis sur les murs et sur les immeubles des propriétaires. Ce n'est plus comme avant. Avant on n'avait pas toutes ces choses-là. Avant, les gens respectaient les murs et tout. Mais ici maintenant, depuis quelques années, il y a de plus en plus de graffitis dans le quartier. La violence, je n'en vois pas tellement. Il y en a probablement comme partout ailleurs. Mais, je n'en vois pas tellement ici. Il y a quand même eu beaucoup de changement. Il y a beaucoup de choses que l'on a perdues et qui ne sont plus là maintenant, comme la pharmacie et d'autres petites choses aussi. Mais, cela a donné un métro à la place. C'est vraiment différent maintenant de ce que c'était quand j'étais jeune. Mais maintenant, c'est vrai qu'on a une autre pharmacie dans le quartier : la pharmacie Brunet. Mais, il n'y a plus qu'une seule pharmacie dans tout le quartier et elle a déménagé plusieurs fois de place. Maintenant, elle est rendue sur la rue Centre. Elle s'est agrandie.

Est-ce que vous êtes satisfaite de votre coin de quartier ?

Oui. Dans le quartier ici de Pointe-Saint-Charles, on a beaucoup de groupes communautaires à comparer à d'autres quartiers de la ville. Comme par exemple à Hochelaga [autre quartier défavorisé], il n'y a pas autant d'organisations communautaires, comme on a nous autres ici à la Pointe. Tu sais ici pour les gens qui sont seuls maintenant, il y a toujours une place où tu peux aller jaser. Par exemple, il y a l'association « Madame prend congé » où tu peux aller. Elle se trouve ici juste à côté du Club populaire des consommateurs de Pointe-Saint-Charles. Il y a plusieurs activités. Les femmes peuvent y aller. Il y a des activités gratuites. On peut faire des sorties avec eux autres

aussi. Il y a aussi le Club populaire des consommateurs avec le groupe d'achats auquel moi je fais partie. Ils font parfois des cuisines collectives et tout. Il y a aussi le Carrefour d'éducation populaire où tu as des cours de vitrail, des cours d'ordinateur et pleins de petites choses. Mais moi, je me rappelle que le Carrefour d'éducation populaire existait déjà quand j'étais toute jeune. Ma mère suivait des cours là-bas.

Est-ce que vous fréquentez les organismes du quartier ?

Oui. Oui. Je vais au centre « Madame prend congé » juste ici à côté ; je viens au Club populaire des consommateurs pour le groupe d'achats. Je connais Suzanne qui est l'employée ici. Cela fait longtemps que je la connais. Parfois, je viens jaser avec elle plutôt que de rester chez moi. Puis, en allant chez « Madame prend congé », je vais faire mes activités. Des fois, je vais juste faire un petit tour. Mais, je ne peux pas travailler trop parce que je n'ai pas une bonne santé pour cela. Mais, je suis quand même relativement en forme.

Est-ce que le quartier vous convient ?

Oui. La Clinique communautaire, j'ai oublié de dire que cela existe depuis que je suis toute jeune. J'y allais quand j'étais toute petite. Cela fait très longtemps que la Clinique existe dans le quartier. Maintenant, ils sont sur deux endroits. Il y a des bureaux sur la rue Centre et des bureaux sur la rue Ash. Je vais encore à la Clinique communautaire. Je suis assez satisfaite des services qu'offre la Clinique communautaire. Au niveau de la psychiatrie, je trouve qu'ils ont un très bon service. Au bureau sur la rue Ash, on passe avec un numéro. Tu prends un numéro et puis on t'appelle. Avant ce n'était pas de même. Avant, on t'appelait par ton nom. Mais maintenant, cela devient partout comme ça. Ce n'est plus pareil. Par exemple, il y a quelque temps, j'ai fait une formation au RESO [Regroupement économique et social du Sud-Ouest]. C'est un autre groupe communautaire plus grand, qui couvre Pointe-Saint-Charles, Saint-Henri, Ville-Émard, Verdun. Ils font plein d'activités comme le retour aux études. Ils font plein d'affaires. Moi, j'ai fait une formation pour rechercher un emploi. Je dois aller travailler. Enfin, je ne dis pas que je dois aller travailler, car je ne suis pas obligée. Mais des fois, j'aimerais travailler un petit 15 heures par semaine quelque part avec le salaire minimum. Ce serait juste pour changer un peu de situation plutôt que d'être toujours à la même place toute seule chez moi. Là, j'ai le bien-être social, plus un petit soutien financier pour incapacité au travail. Cela me donne le maximum. Cela fait que moi, je ne suis pas obligée d'aller travailler. J'ai les 550 \$, plus la

QUARTIER - Agréables

prime pour incapacité de travail. Ce n'est pas beaucoup. Mais, c'est quand même mieux que les personnes qui ont juste l'aide sociale.

Qu'est-ce que vous trouvez d'agréable dans votre quartier ? Qu'est-ce que vous aimez bien dans votre quartier ?

Comme je le disais, j'aime bien les groupes communautaires. C'est bien agréable d'avoir cela. Maintenant, c'est aussi bien agréable d'avoir des coopératives pour le logement. On a de plus en plus de condos qui s'installent dans le quartier. Je sais que l'on a une grande population de coopératives dans le quartier en comparaison d'autres places. Moi, je me dis que je suis chanceuse d'avoir un logement dans une coopérative. Cela fait que... Et donc, cela coûte moins cher parce que nos revenus sont aussi moins élevés. J'aime bien le quartier. Je trouve que le monde... Si tu t'entends bien avec les gens, la vie est belle. Moi, je ne suis pas quelqu'un qui est agressif. Dans le quartier, je peux facilement parler avec les gens. Si les gens me disent « bonjour », je vais leur dire « bonjour », même si je ne les connais pas.

QUARTIER - Désagréables

Est-ce qu'il y a des choses qui sont désagréables dans le quartier ? Qu'est-ce que vous n'aimez pas dans votre quartier ?

Qu'est-ce que je n'aime pas dans le quartier ? [Silence]... Comme ailleurs, je n'aime pas les petites gangs de gars, les petites gangs de jeunes qui se tiennent tous ensemble. Des fois, tu ne sais pas très bien si tu peux passer à côté sans te faire agresser. Surtout si tu ne les connais pas. Mais, surtout ce que je n'aime pas, ce sont tous les graffitis qu'ils font sur les murs des propriétés qui ne leur appartiennent pas. Et pourtant, ils ont une place ici un peu plus loin qui est prévue pour ça. Il y a tout un mur prévu pour qu'ils fassent des graffitis et des dessins comme ils veulent. Eh bien non ! Ils en font encore ailleurs. Ou bien, ils arrachent tout. Aujourd'hui, les choses ne restent pas longtemps. Les petites poubelles que la Ville place dans les rues ne durent jamais longtemps. Elles sont souvent brisées. Ou bien, il y a plein de graffitis sur la table de pique-nique, ou sur les bancs pour attendre l'autobus. Tout cela ne reste pas intact. Des fois, c'est arraché au lieu d'être intact et la Ville ne remplace pas toujours. Tout cela, je n'aime pas. C'est une forme de violence. Et moi, je n'aime pas la violence.

[Silence]... Est-ce qu'il y a autre chose ? Non. Moi le quartier, c'est comme... Depuis que je vis ici – cela fait quand même quarante ans que je vis ici -, je trouve que c'est bien. Pour moi, il faut mettre son pied dans le quartier et être soi-même dedans. Moi, je ne m'implique

pas beaucoup dans des choses. Je ne fais plus de manifestation autant que j'en faisais quand j'étais jeune. J'ai fait beaucoup de manifestations pour les groupes communautaires et tout ça. Mais maintenant, je me suis retiré de tout ça. Maintenant, j'en fais le moins possible. Je ne suis plus dans l'action à cause premièrement de ma santé. Avec ma santé mentale, si je suis dans une foule j'ai parfois de la misère avec le « criage ». Tu sais dans les manifestations, on crie, on fait des chansons et il y a tout le tralala. Pour moi, je pense que j'ai donné mon temps pour les groupes. J'ai manifesté pour plusieurs groupes. Maintenant, j'ai donné de mon temps et de mon énergie et je trouve que c'est à d'autres à prendre ma relève. Moi, je vois cela comme ça. Et puis, je me sens bien là-dedans. Je ne me sens pas coupable de ne pas participer à une manifestation pour ça ou pour ça. Non, je ne me sens pas coupable de ne plus m'impliquer.

ACTIVITÉS - Quartier

Quelles sont vos activités dans le quartier ?

Tu veux parler des activités que je fais ? Je fais de la peinture au centre « Madame prend congé ». Il y a une activité ou l'on crée une peinture. Je fais aussi une activité de *scrapbooking*. Je fais cela le lundi après-midi. C'est la nouvelle affaire où on fait diverses choses avec des photos. Toujours au centre « Madame prend congé », je vais aussi sur Internet. C'est à peu près les trois choses que je fais. Je vais des fois aussi à l'accueil pour jaser avec les personnes qui sont là et sortir de chez moi. Ça, ce sont mes activités dans le quartier. Je ne fais rien d'autre comme activités.

Par contre, je fréquente plusieurs services comme : « Madame prend congé », le Club des consommateurs, le groupe d'achats du Club populaire, le RESO [Regroupement économique et social du Sud-Ouest] et la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles.

ACTIVITÉS - Épicerie

Est-ce que vous faites votre épicerie dans le quartier ?

C'est bien rare maintenant. Je vais très rarement chez IGA [seule grande surface dans le quartier], car c'est bien trop cher. Si je suis capable, je vais au Maxi [grande surface] à Verdun. Souvent, il y a plus de spéciaux là-bas que chez IGA. Je vais aussi parfois au Super C [grande surface] à Saint-Henri. Pendant longtemps, je faisais mon épicerie dans le quartier. Maintenant, j'essaye d'aller chercher des choses moins chères. Mais, le plus que je peux faire, je le fais avec le groupe d'achats du Club des consommateurs de Pointe-Saint-Charles. J'achète ma viande et mes légumes comme ça, parce que c'est moins cher que d'aller dans une épicerie. Avec le groupe d'achats, on a un prix de groupe.

Et ce que je ne peux pas avoir avec le groupe d'achats, je vais l'acheter au Maxi ou au Super C. Mais, pour cela il faut sortir du quartier, prendre le bus, le métro et marcher. Il y a bien l'IGA où je vais de temps en temps quand il y a des choses que moi j'aime et qui sont en spécial. Quand je vais au Maxi au Super C, j'essaye d'y aller parfois à pied avec mon petit carrosse, comme tout le monde. Des fois, je vais avec ma belle-soeur. Si je dois acheter des choses trop pesantes, je m'organise avec mon frère pour y aller la fin de semaine et m'acheter ce dont j'ai besoin.

QUARTIER

Quelle importance accordez-vous à votre quartier ?

Pour moi, le quartier est très important. Moi, j'aurais bien de la misère à quitter le quartier pour aller vivre ailleurs. J'ai toujours vécu ici. Je suis venue au monde dans le quartier. Je ne serais pas capable de partir pour m'en aller vivre dans un autre quartier. C'est ma place. C'est comme si ma vie est ici. Même, si je trouvais quelqu'un dans ma vie, j'aimerais bien qu'il vienne vivre ici, avec moi, dans le quartier. Il faudrait vraiment que je sois obligée pour aller ailleurs. Mais moi, mon quartier, c'est vraiment Pointe-Saint-Charles. C'est chez moi ici. Je n'ai jamais eu honte du quartier Pointe-Saint-Charles. Même avec tout ce qu'on dit parfois sur le quartier. On dit parfois que c'est un quartier de sauvagerie, et tout. Mais, je n'ai jamais eu honte de dire que j'habite dans le quartier Pointe-Saint-Charles. Jamais. Je suis fier de mon quartier. Oui. Je suis fier d'habiter à Pointe-Saint-Charles. Des fois, il y a des gens qui critiquent la Pointe, mais souvent ils n'habitent pas ici. Eux autres, ils s'imaginent que c'est encore comme dans le temps. Non. Moi, je ne partirai jamais de mon quartier. À tout le monde que je vois, je n'ai pas peur de dire que j'habite dans le quartier Pointe-Saint-Charles. C'est ma fierté Pointe-Saint-Charles. Non. Je ne quitterai jamais le quartier. Et puis, j'ai aussi mon père qui est dans un centre d'accueil. C'est moi qui m'occupe de lui. Il est dans le centre d'accueil Louis Riel dans le quartier, là où se trouvait l'ancienne école Saint-Charles sur la rue Augustin-Cantin. Ils ont fait là-bas un centre d'accueil pour les personnes âgées en manque d'autonomie. Mon père est là-bas depuis huit ans maintenant.

Est-ce que vous sortez parfois du quartier ?

Oui. Il m'arrive parfois d'aller dans les quartiers voisins, comme à Verdun. Mais, je vais parfois jusqu'à Jean-Talon. En fait, pour tout vous dire je suis bouddhiste et les réunions se font toujours à l'extérieur du quartier. Mais là, je vais essayer d'organiser une réunion chez moi, à la Pointe. C'est avec le bouddhisme que je m'en suis sortie beaucoup. C'est-à-

dire que la Clinique communautaire m'a beaucoup aidée. Depuis plusieurs années, je me fais suivre pour mon problème de santé mentale. Mais, je vais te dire que quand j'ai rencontré le bouddhisme, ça a été pour moi comme une espèce de réveil spirituel. Depuis ce temps-là, je trouve que je vais bien. C'est sûr, que j'ai de la médication qui me soutient aussi. Mais, avec le bouddhisme, il y a une meilleure réussite que si je n'avais que le support de la Clinique. Mais, je ne suis pas une personne qui sort beaucoup du quartier. Je suis bien ici. Je ne connais pas beaucoup de choses en dehors du quartier. Parfois, je me dis que je devrais peut-être commencer à sortir un peu de mon quartier pour visiter des choses à l'extérieur, parce qu'il y a beaucoup de choses que je ne connais pas.

QUARTIER - Amélioration

Est-ce qu'il est possible selon vous d'améliorer le quartier ?

On pourrait l'améliorer si les gens se mettaient à mettre leurs petites graines dans le sens où ils pourraient par exemple faire le recyclage comme il faut. Je pense que cela ferait beaucoup de bien. Parce que ce n'est pas tout le monde dans le quartier qui fait du recyclage. Il y a aussi la manière dont c'est fait. Quand il vente, tu as tous les papiers qui commencent à voler partout. Moi, il y a une chose qui n'est pas correcte dans mon recyclage, c'est que je mets tout dans des petits sacs. Mais, au moins quand il se met à vent, mon recyclage ne se met pas à voler et ce n'est pas plein de papiers partout et partout. Donc, il y a le recyclage qu'on pourrait améliorer. Et puis, si les gens ramassaient les dégâts de leur chien tout le temps, qu'ils les mettaient dans un sac et puis dans une poubelle, ça irait mieux encore. Au niveau de la rue Island, là où j'habite, je trouve que la rue est dégueulasse. C'est toujours plein de déchets d'animaux, plein de déchets des chiens. Ce n'est pas propre. Je trouve qu'on devrait être plus sévère pour cela. Il y a des places dans le quartier où c'est propre parce que les gens prennent soin de certains endroits. Il y en a qui décorent leur rue avec des fleurs et tout. Ça se fait. Mais moi, dans le coin où j'habite, c'est un coin où il y a beaucoup de coopératives de logement. Il y en a plusieurs sur ma rue. Les gens ne sont pas capables de garder la rue propre ou quoi que ce soit. C'est cela qu'il y a. Et puis, comme je te disais tantôt, il y a beaucoup de graffitis.

PROPRETÉ

Est-ce que c'est important que ce soit propre ?

Mais oui. C'est important ! C'est important pour préserver son environnement. On a beaucoup de changement climatique maintenant, à cause de tout... Même s'il y avait encore moins d'autos, ce serait encore mieux. Pour moi, l'environnement c'est quelque chose d'important. C'est quelque chose de très important. Cet été, j'ai acheté une petite

gratte et j'ai toujours nettoyé mon petit coin en face chez moi, là où on met notre recyclage. Il y a un arbre là aussi. Je vais toujours nettoyer parce que je trouve que la propreté dans le quartier est quelque chose de très important. Ça, c'est très important. Tu sais, tu vas parfois marcher dans des places où les poubelles traînent. Ce n'est pas propre. La propreté c'est quelque chose d'important pour avoir un beau quartier. C'est important de respecter notre environnement au niveau du quartier. Tu ne le respectes pas si tu laisses tes vidanges toutes déchirées dans la rue. Ce n'est pas respecté cela. Ce n'est pas respecter ton environnement. Ce n'est pas non plus respecter ton voisin. La propreté, c'est aussi de respecter ton voisin. Si ton voisin ne respecte rien, ça te donne quoi de le faire. Mais, c'est aussi important de te dire que tu essayes de ton bord et que peut-être ton voisin va aussi le faire. Peut-être qu'il va se décider lui aussi à faire la même chose que toi. On ne sait pas. Il faut peut-être juste un geste pour que l'autre comprenne que cela commence à être important.

[Un téléphone sonne dans le bureau où se passe notre rencontre]

RUE

Vous m'avez parlé du quartier, mais est-ce que vous êtes satisfaite de votre rue ?

Moi, là où j'habite, il y a une compagnie de peinture juste en face de chez moi. Il y a trois ou quatre logements. Il y a aussi une cour où un chien jappe tout le temps en été. Ce n'est pas très tranquille en fait dans mon coin. L'été, il y a le chien. L'été comme l'hiver, il y a beaucoup de camions de la compagnie de peinture qui viennent. Et puis, il y a aussi juste la piste cyclable proche de chez moi. Je traverse la rue et je suis dans la piste cyclable. J'habite sur la rue Island. Le problème qu'il y a dans la rue, c'est les gros camions.

Est-ce qu'il y a des problèmes particuliers dans votre rue ?

Le problème, c'est vraiment les gros camions qui passent des fois. Parce que tu sais, sur la rue Atwater, il passe déjà beaucoup de camions. Avant, il n'en passait pas. Là où j'habite, j'ai - comme je te le disais - une compagnie de peinture juste à côté de mon bloc. Dans mon bloc, il y a 24 logements. Le bâtiment fait un « U ». Il y a aussi une autre compagnie juste à côté parce que notre bloc fait un coin de rue. On a aussi une petite cour. Ce qui fait que l'on n'a pas grand-chose à voir. C'est plutôt ça. Bon, on a aussi toutes les autos qui passent pour aller dans la ruelle. On a aussi le voisin avec sa musique qui va à toute force. On a quand même pas mal de problèmes de bruits dans mon coin de rue.

Il y a aussi tous les problèmes liés à la coopérative. Tous les problèmes de voisinage dans les coopératives. Il y a beaucoup de conflits. Moi, globalement dans mon bloc c'est tranquille. Il y a juste des logements comme des 3 ½¹⁰⁶. Mais, les gens ne sont pas toujours honnêtes. Ils ne déclarent pas tout. Il y a des personnes qui occupent certains logements et qui n'auraient rien à faire là. Il faudrait aussi que les personnes s'occupent plutôt de leurs affaires que des affaires des autres. Cela irait mieux. Moi, je fais juste mes petites affaires de mon côté. Avec la voisine d'en face, je ramasse son bac et elle ramasse mon bac. On s'aide de même. Mais, les autres... Moi, tu sais, je fais mes affaires. Je ne me mêle plus des affaires des autres. Mais, je sais que le chien du voisin de l'autre bord. Il jappe beaucoup l'été comme l'hiver. Mais, à part cela, je me mêle juste de mes affaires. Je fais ce que j'ai à faire et puis les autres font ce qu'ils ont à faire et puis c'est tout.

LOGEMENT

Est-ce que vous pouvez me décrire brièvement votre logement ?

J'habite dans un 3 ½. Je reste au troisième étage. J'ai toujours voulu rester au troisième étage parce que tu ne te fais pas piocher sur la tête. Puis aussi, le fait d'habiter au troisième étage, je me sens plus en sécurité. C'est le dernier étage. Il n'y a personne qui passe devant ta porte.

J'ai un salon avec ma cuisine. Mais, c'est quand même assez grand. J'ai une assez grande cuisinette. J'ai un locker pour mettre mon stock qui est assez grand. J'ai ma chambre avec une porte qui ferme et puis j'ai ma chambre de bain. C'est suffisamment grand pour moi. On pourrait même faire un quatre et demi là-dedans. Oui. J'ai un très grand 3 ½ à comparer des 3 ½ qu'ils construisent maintenant. Maintenant, on construit plutôt des petits 3 ½. Moi, j'ai vraiment un grand trois et demi. Je suis vraiment confortable dedans.

Est-ce qu'il y a des problèmes particuliers dans votre logement ?

Non. J'ai juste un problème de sècheuse pour le moment. Mais non, je n'ai jamais eu de problème dans mon logement. Il y a bien mon chauffe-eau qui ne va pas bien. Mais à part de cela, je n'ai aucun problème. Je n'ai pas de problème, à part des petites affaires qu'il faut réparer. Mais, c'est pareil dans tous les autres logements aussi. Je n'ai pas des

¹⁰⁶

Les appellations 2 ½, 3 ½, 4 ½, etc. sont utilisées au Québec pour déterminer le nombre de pièces. La cuisine compte pour une pièce et la salle de bain pour une demi-pièce. Ainsi, on a dans 3 ½ : un salon, une cuisine, une chambre et une salle de bains. La surface de l'appartement est très rarement utilisée.

problèmes d'humidité, de moisissures. Non, je n'ai pas de problème avec cela. Il n'y a rien de cela. Mais, il y a des logements à Pointe-Saint-Charles qui sont pas mal abimés avec de la moisissure.

Si vous avez un problème dans votre logement, qu'est-ce que vous faites ?

J'appelle l'organisme qui gère notre coopérative, la FECHIMM [Fédération des coopératives d'habitation inter-municipale du Montréal métropolitain]. Au lieu de faire affaire avec le RHIL [Regroupement information logement] ici dans le quartier, on fait affaire avec un autre organisme. Avant cela, on prenait les décisions nous-mêmes, on gérait nous-mêmes la coopérative. Mais, il y a eu trop d'affaires. Les gens ne voulaient plus s'impliquer. Et un moment donné, cela ne marchait plus aussi bien. Donc, on a tous décidé que l'on travaillerait dorénavant avec un organisme qui s'appelle la FECHIMM. Mais, encore là, quand tu as besoin de choses, c'est long avant de l'avoir. La personne avec qui on travaille est très très dure à rejoindre. Tu appelles. Mais elle, si elle n'a pas le goût de t'appeler, elle ne t'appellera pas.

C'est vrai que dans les coopératives, il y a un conseil d'administration et divers comités. Mais moi, je ne fais plus partie de cela. C'est vrai qu'un moment donné, j'ai été présidente du conseil d'administration de notre coopérative. Mais à la fin, j'ai démissionné parce que je savais qu'il y avait des choses bizarres dans la coopérative comme des personnes qui habitaient avec quelqu'un, alors qu'elles n'avaient pas le droit. Mais à la fin, moi je faisais une dépression avec eux autres. Ils finissaient par me haïr au bout, parce que moi je voulais que tout le monde marche droit dans la coopérative. Je voulais que l'on déclare tout, tout le monde. Moi, un moment donné, j'ai décidé de tout lâcher. Maintenant, si on me demandait d'être de nouveau sur le conseil d'administration, je dirais non. Non. Moi, je me suis rendu malade pour eux autres. Puis là, je me suis dit que je n'embarquais plus là-dedans. [À l'époque], je voulais vraiment que ça marche, que l'on soit correcte, que le monde soit honnête dans la coopérative. Mais, je me faisais piquer dans le dos à chaque fois. Non. Ma santé y est passée. Maintenant, je n'embarque plus dans le conseil d'administration ou les comités. Les gens ne s'impliquent plus. Et puis, les gens qui sont dans les comités font parfois des jobs qui ne sont même pas supposés devoir faire. Ce qui fait que non. C'est pourquoi aujourd'hui je fais ce que j'ai à faire chez moi. Et c'est tout.

AGIR COMMUNAUTAIRE

Pourquoi les gens ne s'impliquent plus ?

Je ne sais pas. Au début, les gens disent toujours qu'ils sont prêts à tout faire. Mais, un moment donné, tu te rends compte que les gens ne s'impliquent pas vraiment. En principe, pour entrer dans la coopérative tu dois t'engager. Mais, une fois que les gens entrent dans la coopérative, tu te rends compte qu'ils changent et qu'ils ne veulent plus s'impliquer. Il y en a qui sont là depuis le début de la coopérative et qui se sont toujours impliqués. Mais, ce n'est pas tout le monde. Mais, il ne reste pas beaucoup de gens qui sont là depuis seize ou dix-sept ans dans ma coopérative. Moi, je suis là depuis le tout début. J'ai été une des premières personnes à rentrer dans les logements.

LOGEMENT

Quelle importance accordez-vous à votre logement ?

Ce qui est important pour moi, c'est que je ne paye pas cher. Pour moi, le loyer, le chauffage et l'électricité, tout est compris dans ce que je paye. Pour ce que je paye, 248 \$ par mois tout compris, je trouve ça pas cher. Ce qui fait que je peux me payer mes autres affaires sans trop de difficultés à comparer de quelqu'un qui a juste le bien-être social ou qui loue dans un logement privé. Je peux donc me payer le téléphone, le câble [accès à plusieurs chaînes de télévision]. Il y en a beaucoup qui ne peuvent pas se permettre de se payer le câble. Moi, en habitant dans une coopérative, cela me donne aussi plus d'argent pour passer mes commandes de nourriture. Je suis moins serrée. Je n'étouffe pas. Ce n'est pas si pire.

On n'a pas de bout de jardin communautaire. Dans notre coopérative, on n'a pas cela. En plus, on s'arracherait les cheveux pour l'entretenir. Je ne pense pas que cela marcherait. Non.

ESPACES VERTS - Jardin

Est-ce que vous aimeriez avoir un bout de jardin ?

Honnêtement non. Je ne suis pas jardinière. Je ne suis pas bonne pour travailler la terre. Je n'aime pas bien ça. Mettre les mains là-dedans. Oh non... Je suis manuelle. Je travaille beaucoup avec mes mains, mais pas pour travailler ce qui est la terre ou dans les jardins. Je n'aime pas cela. Je ne mets même pas des fleurs sur mon balcon. Je n'ai même pas des fleurs à l'intérieur de mon logement parce que j'ai un chat entre autres.

ANIMAL DE COMPAGNIE

Vous avez un animal de compagnie ?

Ben oui... Cela fait treize ans que j'ai mon chat. Pour moi, c'est certainement très important. Quand je rentre chez moi, je ne suis pas toute seule. Quand je veux parler à

quelqu'un, je parle avec mon chat. Et puis, j'ai de l'affection que je reçois de mon chat. Je trouve cela important d'avoir un animal pour une personne seule. Un chat, c'est assez indépendant. Ça part se coucher des fois et ça ne s'occupe pas de toi. Des fois, il vient pour avoir de l'affection. Avec mon chat, je sais qu'il y a toujours quelque chose dans la maison quand j'arrive. Je n'arrive pas dans un vide. Je ne me dis pas quand je rentre chez moi que je suis toute seule. Non, j'ai mon chat avec moi.

Est-ce qu'il y a beaucoup d'animaux dans le quartier ?

Je pense que oui. Il y a bien des chats errants qui se promènent dans la rue. Il y a beaucoup d'animaux dans le quartier. Il y a pas mal de chiens aussi. Oui, il y a souvent des gros chiens. Je pense qu'il y a plus de gros chiens que de petits chiens, maintenant. Si tu regardes les gens se promener avec leurs chiens, tu verras qu'il y a beaucoup plus de gros chiens. Il y en a qui ont de très gros chiens dans un 3 ½ ou un 4 ½. Ça fait gros dans un 3 ½. Cela prend de la place. Moi, j'imagine déjà mes voisins qui ont trois chats. Si tes chats sont bien nourris et sont propres, cela ne sent pas l'animal quand tu rentres dans la maison. Mais, il y a des gens chez qui tu peux aller et cela va vraiment sentir. Chez moi, avec mon chat cela sent. Et, j'ai rien qu'un chat. Tu imagines la voisine, elle en a trois. Elle adore les chats. Mais, c'est très propre chez elle. Il y en a d'autres chez qui tu vas aller, qui ont des animaux et où ce n'est pas propre.

C'est important que ce soit propre chez toi parce que la propreté c'est l'hygiène. C'est comme nous autres. Si on n'est pas propre sur nous autres, on n'a pas une bonne hygiène. Si tu ne nettoies pas les dégâts du chat, un moment donné cela va sentir dans ton appartement. Mais aussi, pour moi c'est important d'avoir un chat, mais c'est aussi important de prendre soin de l'animal que l'on a. moi, je trouve aussi qu'un chat s'est fait pour être gardé à l'intérieur de la maison. Ce n'est pas fait pour sortir à l'extérieur. Mais, il y a beaucoup de chats dans le quartier qui se promènent à l'extérieur. Je trouve cela dommage parce qu'ils peuvent se faire frapper par une voiture. Mais souvent, les gens prennent des animaux et finissent par les laisser dans la rue. Soit, ils déménagent et ils ne prennent pas l'animal avec eux. Et maintenant, tu as beaucoup de chats qui se promènent seuls. Un animal, c'est comme un humain. Ça a une vie comme moi. Il doit être bien traité comme un animal. Pareil comme moi. Je suis un humain et je dois être traité comme un humain.

Trouvez-vous qu'il y a suffisamment d'espaces verts dans le quartier ?

Non... Non, je trouve qu'il n'y en a pas beaucoup. On a ici le parc qu'on appelle maintenant Saint-Gabriel. On a aussi le grand parc sur l'autre bord de la track¹⁰⁷. C'est le parc Bourgeois. Il y a aussi tout au bout du quartier le parc Leber où il y a un terrain de jeu pour les enfants. Il y a bien un peu de pelouses là-bas. Mais, il n'y en a pas tellement. Ici tout près, on a le parc Saint-Gabriel. Et puis aussi le parc où il y a des jouets pour les enfants [Carré Hibernia]. Mais, il n'y a pas beaucoup d'espaces verts. Et les arbres, quand ça pousse, cela paraît qu'il y a des places où c'est vert. Moi, j'ai un arbre de la Ville juste en face de chez moi. La Ville l'a planté tout jeune. Moi, un moment donné je pensais faire couper les branches parce que les branches arrivent carrément dans la fenêtre [de mon logement]. Mais, l'arbre est tellement beau. Tu sais, l'été c'est vert. Cela fait du bien d'avoir un arbre devant chez toi. Mais, il n'y a pas beaucoup d'arbres dans les rues du quartier. Je trouve cela dommage, car c'est important d'avoir des espaces verts dans le quartier. C'est de l'énergie. L'espace vert et les arbres et tout, ça enlève un pourcentage de poussière qu'il y a dehors. Au niveau de l'environnement, c'est important. Cela enlève un pourcentage de la poussière. Je ne sais pas comment te dire cela, mais c'est comme si les arbres avalent la poussière. Je trouve cela important.

Il y a aussi une piste cyclable juste proche de chez moi. Et encore là, si tout le monde faisait attention et gardait cela propre, ce serait encore mieux. Il y a beaucoup de gens qui vont sur la piste cyclable l'été. Dès qu'il fait beau, c'est plein de monde. Mais encore là, les gens ne prennent pas soin de leur environnement. Tu trouves toujours plein de choses qui traînent. C'est sale. Comme dans le métro, des fois quand j'arrive je vois parfois des papiers à terre et je les ramasse. Comme un journal que je vois traîner sur les bancs, je le prends. Je le garde sur moi et un moment donné je vais le mettre dans la place où il faut mettre le papier. Mais, ce n'est pas tout le monde qui va faire cela. Non, il n'y a pas beaucoup de gens qui le font. C'est cela.

ENVIRONNEMENT - Idéal

Pour vous, ce serait quoi un environnement idéal ?

Un environnement idéal... Ce serait qu'il y ait des arbres, des beaux arbres qui sont en santé. Parce que maintenant, il commence à couper des gros arbres à certaines places. Justement en face de chez mon père, là où il habite au centre d'accueil, ils ont coupé pas

¹⁰⁷

Track : voie ferrée.

mal de gros arbres verts. Ils en ont coupé une coupe. Je trouve cela bien malheureux. Il devrait les laisser en vie. Pour moi, ce qui est important dans l'environnement, c'est surtout la propreté et puis les espaces verts.

S'il y avait aussi moins d'autos, ce serait mieux. Je trouve cela important parce qu'il y a beaucoup de carburant qui se dégage des autos. Si tout le monde se promenait dans le quartier en bicycle, ce serait vraiment bien. Cela coûterait moins cher de gaz et cela polluerait moins.

Il y a une affaire que j'ai oublié de dire et que j'ai vue cette semaine ou la semaine passée. C'est sur l'environnement. La Ville de Montréal passe avec des petites voitures qui jettent de l'eau sur les rues. Ils ont des jets d'eau. Je trouve que ça gaspille pour rien. En plus, il mouillait cette journée-là et ils le faisaient pareil. Cela gaspille de l'eau pour rien. Je trouve que la Ville de Montréal braille beaucoup parce que les gens gaspillent de l'eau, mais eux autres le font. Je trouve cela stupide de passer avec de l'eau pour nettoyer la rue. Avant, quand on était jeune, nos parents sortaient, balayaient et nettoyaient la place. Maintenant, ce n'est plus ça. On passe avec des machines et des jets d'eau. Ça n'a pas d'allure. C'est du gaspillage pour rien. C'est comme en pleine journée, vers onze heures ou midi, les lumières [l'éclairage public] de la Ville de Montréal sont encore allumées en face de chez moi. C'est de l'énergie gaspillée ça.

Serait-il important d'améliorer l'environnement selon vous ?

C'est important pour la santé. Si l'environnement est bon, cela va aider les gens pour leur santé. Il y aurait peut-être moins de gens qui feraient de l'asthme, ou bien de... Au niveau de la santé, c'est important. Dans le quartier ici, je trouve qu'il y a beaucoup de gens qui sont malades maintenant. Notamment, au niveau de la santé mentale. Il en a beaucoup. Beaucoup. Mais cela, c'est sans doute de même partout. C'est sans doute dû au changement dans l'environnement et au fait aussi que les gens n'ont pas beaucoup pour vivre non plus. Cela n'aide pas pour ta santé. Moi, je trouve qu'il faut améliorer l'environnement plus pour la santé.

Est-ce qu'il y aurait un lien entre la santé mentale et l'environnement ?

Si tu gardes ton environnement propre, si nos jeunes faisaient attention, si les jeunes... Je pense que je ne réponds pas à ta question.

Vous me disiez juste avant que c'était important d'améliorer l'environnement pour des raisons de santé mentale.

Pas pour la santé mentale en tant que telle. Pour la santé tout court. Pas juste pour la santé mentale. Pour la santé tout court, comme l'asthme... Parce qu'il y a tellement de pollution que les gens sont malades maintenant. Nos jeunes, qui viennent au monde aujourd'hui, ont toujours un petit quelque chose que ce soit de l'asthme ou quelque chose comme cela. Je pense que l'environnement est important plus au niveau de la santé en général.

POLLUTION - AIR

Est-ce que vous trouvez que cela sent bon dans le quartier ?

Ben... Ça sent... Ça sent la pollution. Je ne sais pas. Je ne crois pas qu'il y a une senteur particulière dans le quartier.

Qu'est-ce que vous pensez de la qualité de l'air du quartier ?

La qualité de l'air, c'est un gros zéro pour moi. L'air est mauvais. Et cela ne nous aide pas. Il y a trop de pollution dans le quartier. C'est vraiment désagréable. Oui, je trouve que dans le quartier on ne fait pas attention. Comme je disais, les déchets pour le chien que les gens ne ramassent pas. Quand ça dégele l'été, ce n'est vraiment pas agréable. C'est sûr qu'il y a une senteur qui se fait un moment donné. C'est ça.

La qualité de l'air, c'est quelque chose d'important. C'est certain. Si on avait une bonne qualité de l'air, la santé des gens serait sans doute meilleure. Puis, sentir quelque chose de bon quand le printemps arrive, tu le sens des fois. Cela fait du bien. Mais, avec tout ce qui arrive comme déchets, ce n'est pas le cas. Tant que l'air... Tant que rien n'a été nettoyé comme il faut et que les personnes ne prennent pas soin de leur place, on aura jamais un bon air.

Pour vous, est-ce qu'il y a suffisamment d'air dans le quartier ?

Non. Il y a quand même beaucoup de maisons, hein. Mais, cela peut être pire ailleurs. C'est comme... Là, je parle de l'air comme pour respirer... [Silence]... Mais, il y a quand même beaucoup de bâtiments ici dans le quartier et il n'y a pas tellement d'espaces verts pour avoir plus de meilleur air. Non, il n'y en a pas beaucoup. On respire plus les gaz et surtout les gaz venant des automobiles. Mais, il y a quand même moins de compagnies qu'il y avait avant. Avant, il y avait plein de compagnies quand j'étais jeune. Maintenant, il

y a peut-être moins de pollution avec les compagnies, car il y en a moins que quand j'étais jeune. Mais, il n'y a pas moins de pollution qu'avant parce que les gens ne font pas attention. Moi, je trouve que si le quartier était propre, s'il n'y avait rien qui traîne dans les rues et si les gens faisaient ce qu'ils ont à faire, je dirais que l'air serait meilleur. Pour moi, qu'il y ait moins de compagnies qu'avant cela ne change rien à la qualité de l'air tant et aussi longtemps que les gens ne feront pas ce qu'ils ont à faire. Moi, je fais le plus possible de ce que j'ai à faire pour garder mon environnement propre. Si tout le monde faisait pareil, ce serait meilleur. Et puis, il y a aussi toutes les voitures qui polluent.

ALIMENTATION

Est-ce que vous faites attention à votre alimentation ?

Honnêtement, j'ai un peu de misère avec cela. Un moment donné, j'ai fait attention à mon alimentation. Mais, tu vois hier, j'ai été au IGA [grande surface] pour acheter des fruits et des légumes. Ce n'est pas achetable là-bas. Ce n'est vraiment pas achetable. Ça n'a pas d'allure au prix que cela coûte. C'est un melon de miel pour 5 dollars. Tabarouette ! Comment veux-tu garder une bonne santé en payant des fruits et des légumes aussi chers ? Non, moi je ne fais pas attention. Aussi, en vivant seule c'est plus difficile de [bien manger]... On est moins motivé à faire quelque chose pour un bon repas. Moi, si j'ai décidé quelque chose et que je décide de manger un steak avec du riz ou des légumes, je vais le faire. Mais, j'ai pas mal de misère pour me décider à le faire parce que je suis seule et des fois quand je rentre cela ne me tente pas de faire à manger. Ce qui fait que je finis par manger ce qui me passe sous la main vite vite vite. Mais, c'est une affaire que j'aimerais faire : cuisiner. Je me le dis souvent.

Tu sais, pour ma santé, je marche beaucoup quand même pour garder ma santé et être plus en forme. Mais, le fait de manger bien : non. Je suis honnête avec toi. Je ne mange pas bien. Je n'ai pas de bonnes habitudes alimentaires. En fait, je n'ai pas les habitudes. Mon congélateur contient de la viande. Mais, c'est de me dire que ce soir je vais faire des patates. Le soir quand j'arrive, il faut avoir le goût de vouloir éplucher des patates, faire cuire les patates, faire cuire la viande. Tu sais, aujourd'hui les légumes, ce sont des congelés et je mets ça dans le four micro-ondes pour cuire. Mais, je trouve que c'est long pour une personne seule de cuisiner pour bien manger. Je suis sûr que je ne suis pas la seule à penser de même dans le quartier.

Et puis aussi, moi je me dis que je suis chanceuse... En fait, je ne devrais pas dire que je suis chanceuse parce que j'aurais aimé travailler et être en pleine santé. Mais, il y en a qui

ne peuvent pas se le permettre. Il y en a qui ne peuvent pas se permettre d'avoir une nourriture équilibrée dans leur assiette. C'est plutôt si tu demandes aux gens ce qu'ils font faire de ce soir, ils te répondent qu'ils vont faire un spaghetti. Mais, un spaghetti c'est vite fait avec du jus de tomate en boîte. Moi, j'appelle cela le spaghetti des pauvres. Mais, c'est bon pareil. Mais non, moi je ne fais pas attention à mon alimentation.

Avez-vous un jour obtenu de l'information sur l'alimentation ?

Je pourrais toujours m'informer ici au Club populaire des consommateurs de Pointe-Saint-Charles. Eux autres, ils donnent de l'information. Ils donnent des papiers là-dessus. Mais moi, je ne prends pas la peine de le demander. Je ne suis pas motivée à le faire pour l'instant. Un moment donné, je pense que cela va m'arriver de vouloir faire de bon repas équilibré. Hier, je me suis décidée à aller acheter des fruits et des légumes. Mais là, j'ai regardé la pomme de salade chez IGA. Elle coûtait 1,49 \$ en spécial cette semaine alors qu'elle coûte 79 cents au Super C. Mais, je ne vais pas me déplacer de chez moi pour aller au Super C, juste pour acheter une pomme de salade à 79 cents. Non. Avec le groupe d'achats, tu achètes de la nourriture pour le mois. Mais, tu dois avoir de la place et un frigo. Puis, des fois tu as besoin de légumes et tu n'en as plus. Je devrais essayer un moment donné de faire attention à mon alimentation. Je pense que c'est important pour ma santé.

ACTIVITÉS

Quelles sont vos activités quotidiennes dans le quartier ?

Je vais souvent chez « Madame prend congé¹⁰⁸ ». Je garde parfois les enfants ici quand ils ont besoin d'une gardienne pour « Madame prend congé ». Je garde aussi parfois un autre enfant dans le quartier. Cela me permet d'équilibrer [financièrement] mon mois. Et puis, j'adore les enfants. Moi je n'en ai pas. C'est ça mon quotidien. C'est : faire un tour chez « Madame prend congé », garder parfois un enfant, mes réunions de bouddhismes et le plus souvent être chez moi.

SANTÉ

Maintenant, on va changer un peu de sujets. Si je vous demande, c'est quoi la santé ? Que me diriez-vous ?

La santé, pour moi c'est quelqu'un qui est en forme et qui est capable.... Quelqu'un qui est en forme au niveau physique, mental. Quelqu'un qui est en santé, c'est quelqu'un qui peut

¹⁰⁸

Madame prend congé : cet organisme favorise les rencontres entre des femmes seules pour briser l'isolement, s'exprimer, échanger, créer des liens de solidarité. Il offre des ateliers sur des thématiques telles que : l'estime de soi, les relations hommes-femmes, la gestion de la violence.

faire plein d'affaires dans la vie. C'est quelqu'un qui peut aller travailler dans un emploi sans être obligé de dire qu'il ne peut pas faire certaines choses. Comme moi, je ne peux pas par exemple travailler plus que 15 heures par semaine. Si je fais plus que 15 heures par semaine et qu'il y a beaucoup de stress, j'ai un risque de tomber en rechute [problèmes de santé mentale]. Mais quelqu'un qui a la santé mentale et physique peut travailler. Quelqu'un qui peut travailler et faire tout ce qu'il a à faire est en santé. Je trouve que c'est cela la santé. Mais en ce qui concerne la santé mentale, il y a quand même plein de dégradé. Il y en a qui sont plus pires que moi. Moi... Je ne peux pas soulever plus que 30 livres [environ treize kilos]. Je ne peux pas prendre quelque chose de plus de 30 livres. Cela m'empêche de faire plein des affaires au niveau du travail. Je ne peux plus faire non plus du travail à répétition, faire toujours la même chose parce que j'ai des problèmes. Donc, quelqu'un qui ne peut pas faire cela n'est pas en santé... La santé pour moi, c'est vraiment quelqu'un qui est en forme. La santé, c'est quand tu es en forme, quand tu n'es pas malade, quand tu n'as rien. Cela ne veut pas dire que dans trois ou quatre ans la personne ne va pas faire une dépression ou un burn-out parce qu'aujourd'hui le fait de travailler c'est du rush, rush, rush. C'est du 200 % aujourd'hui que les compagnies demandent quand tu travailles. Pour moi, la santé c'est cela. C'est quelqu'un qui va bien, qui n'a aucun problème mental et physique. C'est quelqu'un qui est capable de travailler à son 100 %.

Comment définiriez-vous le mot santé ?

Oh, définir le mot santé... Comment je pourrais définir le mot santé... [Silence]... C'est bien se nourrir. C'est dur de définir ce mot-là. Comment je pourrais définir la santé ? C'est bien se nourrir ; c'est faire de l'exercice pour être plus en santé. J'ai un peu de misère à te répondre. C'est vraiment dur de définir ce mot.

Comment parlez-vous de votre santé à votre entourage ?

Je n'en parle pas vraiment. Cela me regarde. À quelques amis, je n'hésite pas à dire que j'ai un problème en santé mentale et que j'ai des problèmes physiques. Parfois, les gens me demandent si je me nourris bien et je leur dis non. C'est ça. Je dis aussi que je peux travailler 15 heures, mais pas avec du stress. Il faudrait que je me nourrisse comme il faut. C'est pas mal ça. Mais, je sais qu'il y a des choses que je dois changer pour être mieux.

SANTÉ - BONNE SANTÉ

Là, est-ce que vous vous considérez comme étant en bonne santé ?

Je vous dirais que je suis stable. Je suis stable. Ce matin, j'ai été obligée de prendre des Advil [médicaments] pour les douleurs. Mais, ma santé physique ce n'est pas fort, fort. Je suis capable... Tu sais, je suis quand même capable de parler et j'ai ma tête pareille. J'ai peut-être un problème de santé mentale, mais je suis capable de penser et de donner des idées. Je ne suis quand même pas gelée sous les médicaments comme d'autres personnes. Il y en a beaucoup qui prennent des médicaments dans le quartier, mais moi non. Je ne dis pas que je suis en santé. Je dis que je suis stable depuis presque un an. Là, je me retrouve en santé. Là, c'est ma santé à moi. Je dirais que je me sens quand même en bonne santé quand je suis là présentement, capable de répondre à tes questions. Parfois, j'ai des difficultés à comprendre ce que l'on me demande. Mais là, c'est correct. Mais, j'espère que mes réponses sont correctes pour toi. Pour moi là, ma santé à moi est bonne. Elle serait beaucoup moins bonne si je suis dans une situation de détresse, ou si j'ai des douleurs constamment. Alors, c'est moins bon. Mais là, maintenant je te dis que je suis en bonne santé.

Pour vous, alors c'est quoi être en bonne santé ?

C'est être capable de faire ce que tu peux faire et ce que tu veux faire au fond. C'est être capable de marcher, être capable de parler, être capable de penser et de réfléchir, être capable d'agir avec tes membres pour faire n'importe quoi. En fait, il faut que je sois en bonne santé pour venir ici et répondre à tes questions [Rires]. C'est tout. En fonction de ça, je peux dire que j'ai une bonne santé, là maintenant.

SANTÉ - MAUVAISE SANTÉ

Pouvez-vous m'indiquer des situations où vous êtes en mauvaise santé ?

OK. Par exemple, si je mange trop gras pendant toute une semaine de temps, c'est sûr que ma santé ne sera pas trop bonne. Heu... Mais, si je regarde dans ma famille, la santé n'est pas fameusement bien. Pour être en santé, tu n'as pas de cholestérol, ou de problèmes de cœur et tout. Moi, tout est en santé. Mais, ma famille n'a pas cela. J'ai mon frère et mon père qui ont des problèmes de cholestérol. Il en a un aussi qui est diabétique et qui a de la pression. Et puis, ma mère elle est décédée à cause du cholestérol. C'est ça que je dis : avoir une bonne santé, c'est ne pas avoir de problème.

SANTÉ - À influencer

Est-ce qu'il est possible de faire quelque chose pour influencer sa santé ?

Oui. Tu dois faire attention. Tu dois aller chercher de l'aide pour t'aider. Comme venir ici au Club populaire des consommateurs et demander des conseils pour avoir un repas bien

équilibré si tu ne connais pas cela. C'est aussi allé voir un médecin. Si tu es malade, tu vas aller voir un médecin pour garder la santé parce que sinon ta santé elle va diminuer tout le temps. Puis... Heu... [Silence]. Il faut faire attention à ce que l'on mange. Il faut aussi faire de l'exercice. C'est les trois choses importantes. Et puis aussi bien dormir. Ça, c'est la quatrième chose.

Est-ce que vous pouvez personnellement influencer votre santé ?

Oui. Je crois à cela. Moi, je vais te dire quelque chose. Quand on dit... Moi, je crois que le subconscient peut agir. Je vais te parler du subconscient parce que quand on dit à notre subconscient qu'on est malade ou qu'on ne va pas bien pendant une journée de temps, on va finir par vivre ce qu'on a demandé dans sa journée. Si tu dis à ton subconscient que tu es bien, tu n'as pas de problème. Et si tu as mal et que tu te dis que tu n'as pas mal nulle part - mais cela dépend de quel mal - tu vas aller bien. Si tu commences la journée en pensant du positif, ta journée va bien se passer. Si tu pars avec une journée négative, tu es sûr que ta journée est déjà toute défectueuse en partant. Ça, j'y crois. C'est comme important de partir avec quelque chose de solide le matin. Il faut éviter de partir avec quelque chose qui n'est pas solide. Moi, j'ai un de mes cousins qui est toujours « down ». J'ai essayé de l'encourager de toutes les manières possibles. Puis, je lui ai dit... Parce qu'un moment donné, il disait qu'il était tanné d'être toujours de même. Je lui ai dit que c'est parce qu'il voulait vivre de même. Je lui dis que s'il voulait vivre mieux, il devrait se lever le matin et se dire qu'il est en pleine forme, qu'il va bien. Je suis sûr que ça ira bien dans sa journée. Parce que si tu te lèves et que tu te dis que c'est plate et que ça ne va pas, tu vas vivre négativement et être « down » tout le temps. Moi, je crois beaucoup que le subconscient peut avoir un effet sur la santé. Honnêtement. C'est la même chose au niveau de ton corps. Il y a plein de choses que tu peux faire. C'est sûr que cela te coûte de l'argent. Mais, il y a des fois des organismes où ça coûte peut-être seulement 4 ou 5 dollars. Tu peux aller faire de l'exercice, du yoga. Tu comprends-tu ? Moi, je trouve que partir sur un bon pied le matin, c'est important.

SANTÉ - Problèmes

Est-ce que vous pouvez me parler de vos principaux problèmes de santé ?

Te parler de mes problèmes de santé ? Je suis « trouble de personnalité limitée ». Je suis une personne que moi - parce qu'il y a plusieurs types et qu'il y a des gens qui sont différents de moi - si je suis dans une dépression, je peux me mettre à entendre des voix. Je ne suis pas schizophrène. Dans mon cas, c'est qu'un moment donné, j'ai un méchant et

Est-ce que vous pouvez me parler de vos principaux problèmes de santé ?

un bon avec moi. Et puis, je dois toujours demander à ma personne bonne de vérifier dehors. Parce que ma mauvaise personne se promène tout le temps derrière moi avec un couteau. Moi, c'est cela que je suis. Souvent, si je me laisse aller trop dans ma dépression, je risque de me couper les poignets. Et puis, je suis dans le noir ou bien dans le blanc. Il n'y a jamais de grisâtre chez-moi. Ça, c'est moi quand je suis malade. Quand je suis en dépression, c'est ça que je fais. Soit que je me cache des policiers parce que des fois ma famille a peur et parfois ils appellent la police. La police est déjà venue chez moi pour me chercher et pour me conduire à l'hôpital Douglas.

Est-ce que vous avez des inquiétudes au sujet de votre santé ?

Si je ne fais pas attention oui. Oui, j'en ai. Mais, cela fait deux ans que cela va très bien. Un moment donné, il y a plein de petites choses qui m'ont attaquée. Plein de petites choses qui sont venues à moi. Comme une sorte d'attaquement. Puis, mon ex-copain m'avait laissé et tout le kit. Je me suis coupé les poignets il y a un an alors que pendant deux ans je n'avais pas touché à cela. C'est comme si je me laisse embarquer dans le négatif dans tout ce que les gens vont dire de moi de mal, je me mets alors à plonger. Mais, moi je ne veux plus plonger. J'essaye de ne pas souffrir pour les gens que j'aime. C'est sûr que ce n'est pas évident. Mais, je passe au travers pareil.

Que faites-vous quand vous avez un problème de santé ?

Je sais qu'il y a des fois où je dois aller à l'hôpital. Mais, j'ai l'habitude d'essayer d'abord de me soigner moi-même. Je vais à la Clinique communautaire sur la rue Ash parce que c'est là où c'est sans rendez-vous. Et puis, j'ai aussi mon psychiatre qui me suit une fois tous les trois mois. J'ai aussi une travailleuse sociale qui me suit une fois par trois mois parce que ça va bien. Sinon, si j'ai besoin d'un support avant, je n'ai rien qu'à appeler. Elle va être disponible pour me rencontrer et on va parler. Mais, c'est sûr que je prends tous les moyens pour ma santé. Je vais aller voir le médecin, si j'ai besoin. Je vais aller voir mon psychiatre. Je vais aller voir ma travailleuse sociale. Il y a des choses que je fais maintenant alors qu'avant j'aurais eu tendance à attendre beaucoup. Maintenant, je n'attends plus. Parce que je trouve que la santé c'est trop important. Si tu n'as pas la santé - c'est sûr que moi je ne l'ai pas à 100 % -, mais pour le peu de santé qui me reste, j'y tiens. Et puis, je tiens aussi à ma vie. C'est pour cela que j'ai un message sur mon répondeur [téléphone] qui dit que la vie est belle à vivre tous les jours à commencer par aujourd'hui. C'est parce que je le vis ça. J'ai été de 1997 à 2002 toujours « down ». Depuis

ce temps-là. C'est vrai que la vie vaut la peine d'être vécue même s'il y a des difficultés partout. Il y a toujours quelque chose qui va t'arriver quand tu es bon. Moi, je vais chercher toutes les ressources dont j'ai besoin maintenant. Avant non. Maintenant oui. Je trouve que c'est important de les utiliser vu le peu qui me reste. Je trouve important d'aider les gens aussi. Je suis capable d'aider les gens. Je suis capable d'aider d'autres personnes qui sont dans des situations difficiles. Quand je parle d'utiliser les ressources, c'est : la Clinique communautaire, Madame prend congé, le Club des consommateurs, le groupe d'achats. Tout cela, ce sont mes ressources.

Quels sont les problèmes de santé que vous tolérez, tout en vous considérant en bonne santé ?

Je tolère ma santé au niveau physique. J'ai des problèmes... C'est cela que tu veux savoir ? Au niveau de ma santé mentale, quand je vais bien, je suis stable. Je me sens en santé. Si je n'ai pas de douleur au niveau physique, je me sens en bonne santé. Ça, c'est mon corps. Mais, si j'ai des douleurs - souvent, j'ai des douleurs à mon bras gauche - mais je continue à faire des exercices pareils. Mais, je me considère en santé pareil. J'ai de la douleur, mais je suis capable de la toffer [supporter]. Mais, si je suis en dépression, je ne suis pas capable de toffer cela. C'est plus fort. Mais, si je sais que je descends dans une dépression, je vais faire tout ce qu'il faut pour ne pas descendre en dépression. Le bouddhisme m'aide pour cela ainsi que les ressources que j'ai à la Clinique. Si je peux aller parler, je me sens bien en ce temps-là. Je parviens à ne pas embarquer, à ne pas tomber dans le creux. Tant et aussi longtemps que je n'embarque pas dans ma dépression, cela va aller bien. Ma santé sera bonne. Tant et aussi longtemps que je vais être capable de dire que cela ne va pas, alors je vais appeler pour en parler. Le fait de parler de mes problèmes est très important pour moi.

MALADIE - Causes

Pour vous, qu'est-ce qui peut faire qu'une personne devient malade ?

Je pense que l'environnement n'aide pas. Si les gens vivent dans l'environnement et vraiment avec tout ce qu'il y a que l'on entend aux nouvelles, comme les meurtres et toutes ces choses-là, un moment donné il va arriver que tu vas tomber malade parce que tu vis juste là-dedans, parce que tu vis dans le négatif. Si comme je te le disais tantôt... Moi, les nouvelles je les écoute. Des fois, quand il arrive une affaire comme la disparition d'un enfant et qu'on le retrouve mort, je trouve cela grave, mais je ne vais pas rentrer dedans et paniquer. Il y en a beaucoup qui vont rentrer là-dedans. Et puis il y a qu'ici,

Pour vous, qu'est-ce qui peut faire qu'une personne devient malade ?

l'environnement n'aide pas. Tu as la pollution avec tout ce que tu voudras. Tu as aussi le stress. Beaucoup de gens tombent malades à cause de cela. Si tu n'es pas capable de... Tu sais, il faut que tu sois fort au niveau mental. Parce qu'aujourd'hui, la vie c'est cela. Pour moi, la vie est un combat de tous les jours. Si tu ne te bats pas pour ce que tu veux, ou si tu embarques constamment dans des choses négatives, tu vas finir par tomber malade. Mais, si tu te bats, il y a des chances que tu risques de ne pas tomber malade. Mais, avec tout ce qui se passe dans la société, c'est sûr que les gens finissent toujours par tomber malades, même si tu ne veux pas et que tu es assez fort pareil. Il y a en a qui vont tomber malade parce qu'ils vivent avec beaucoup de pression. Il y en a beaucoup qui font des burn-out ou qui font des dépressions aujourd'hui. Il y a beaucoup de gens aussi qui sont obligés parfois de lâcher leur job parce qu'ils ne sont plus capables, parce qu'ils finissent par tomber malades.

MALADIE - Définition

Qu'est-ce que la maladie alors pour vous ? C'est quoi la maladie pour vous ?

La maladie, ce sont tous les bobos qui sortent. Je pense que c'est un déclin au niveau de ta santé. C'est sûr que si tu ne prends pas soin de toi, comme au niveau alimentaire, cela joue beaucoup. Il y a aussi tellement de cancer aujourd'hui dont on entend parler. Tu sais, on a tous le cancer. Sauf que beaucoup de gens ne l'ont pas encore développé. Il y en a qui le développe et d'autres qui ne le développeront jamais. Mais pour cela, il faut que tu prennes soin de ta santé pour ne pas arriver là. Surtout que l'environnement ne t'aide pas. Ça, c'est sûr. La pollution, cela n'aide pas. Mais, il y a toujours quelques choses d'autres que tu peux faire. Comme moi, si je faisais attention et que je mangeais bien, je risquerais peut-être moins d'être malade dans le sens de développer d'autres... Comment je pourrais te dire cela... Tu sais des fois on développe des microbes avec la pollution. Avec la pollution, on attrape tout. Mais quelqu'un qui mange bien et qui a une bonne nourriture à tous les repas, il va avoir plus facile à abattre les microbes qui se promènent dans l'air constamment. Une personne qui ne mange pas bien sera plus sensible à poigner [attraper] les microbes de l'un ou de l'autre.

Je trouve que si tu regardes les gens du quartier, les gens ne sont pas tellement en santé. Je pense aussi que le fait de vivre dans la pauvreté n'aide pas. Je me dis que si tu as un bon repas devant toi alors que d'autres n'en ont pas tout le temps, et bien ce sera plus facile pour ceux qui ne peuvent pas manger correctement tout le temps d'être malade. Si tu n'as pas de bon repas pendant un mois de temps, ou si tu en as juste un sur le mois, je

MALADE - SANTÉ

ne pense pas que tu puisses être en bonne santé. Tu vas attraper plus facilement les microbes et être plus souvent malade.

Et si on est malade, que faut-il faire pour retrouver la santé ?

Il faut se soigner avant. Il faut aller chercher les ressources dont on a besoin. Si j'ai une grippe et que je la contiens ma grippe... Regarde, j'ai été malade une semaine et la semaine après je me sentais bien. Je suis retombé malade vers la fin de la semaine. Là, je me suis décidée à appeler le médecin en me disant que je ne pouvais pas rester de même. Et là, le médecin m'a dit que je faisais une bronchite. Des fois, on est porté à dire que l'on va bien, alors que ce n'est pas guéri encore. Ce qui fait que l'on retombe malade. Ce qui fait que je suis allée voir le médecin et j'ai guéri ainsi ma bronchite. Tu comprends-tu ? C'est comme ça. C'est la même chose pour tout le monde. Si les gens vont chercher des ressources, cela va aider pour ta santé. Mais il y a aussi beaucoup de gens qui prennent de l'alcool et cela ne va pas t'aider pour ta santé.

ALCOOL

Justement là, vous me dites que dans le quartier, il y a beaucoup de gens qui prennent de l'alcool...

Oh oui ! Il y a plein de gens qui prennent de l'alcool... Oh oui ! Oui, oui, oui. Si tu voyais la journée où les gens reçoivent leur chèque, ils sortent souvent avec une ou deux caisses de bière. « Let's go ! » Ils sont sur le party la journée du chèque. Je peux comprendre. J'ai vécu cela moi aussi. Je n'attendais pas mon chèque pour boire. Mais le fait de boire ne t'aide pas non plus pour ta santé : que ce soit pour ta santé mentale ou ta santé physique.

CIGARETTE

Cela me fait penser aussi : est-ce qu'il y a beaucoup de gens qui fument dans le quartier ?

Tabarouette ! Tu ne fais pas dix mètres sans croiser une personne qui a une cigarette dans les mains. Moi, je ne fume pas. Je n'ai jamais fumé parce que cela n'a pas donné. Je n'aimais pas cela. J'allais chercher les paquets de cigarettes pour ma mère quand j'étais jeune et il fallait que je me lave les mains tout de suite après. Même encore maintenant, je suis de même. Si quelqu'un me demande de chercher un paquet de cigarettes, je fais « berk... ». Je n'aime pas cela. Je ne suis plus capable de passer à côté de quelqu'un qui fume maintenant. Quand je vois quelqu'un qui fume en avant de moi, je vais me tasser ou je vais me dépêcher de marcher en avant. Mais, à chaque coin de rue dans le quartier, tu

SANTÉ - Importance

vas voir une personne qui fume. Il y a peut-être seulement 10 % des personnes qui ne fument pas dans tout le quartier.

Peut-être que pour l'alcool, il y a un peu plus que 50 % des gens qui consomment et qui ont peut-être des problèmes avec l'alcool. Il y a quand même beaucoup de gens qui vont aux Alcooliques anonymes. Mais, tu ne peux rien faire si la personne n'est pas prête à s'en sortir.

Je reviens un peu avant dans notre discussion. Est-ce que la santé c'est quelque chose d'important pour vous ?

Certainement. Si l'on n'a pas la santé, on ne peut rien faire. Qu'est-ce que tu veux faire si tu n'as pas la santé ? Tu ne peux pas faire grand-chose. C'est important la santé ! Si je ne l'ai pas... Moi, je vois que c'est important. Si j'ai une moitié de santé qui est bonne et l'autre moitié qui n'est pas bonne, je vois que c'est important. Parce que vraiment si je n'étais pas en bonne santé du tout, ce serait quoi la vie. Si tu n'as pas la santé et que tu ne vois rien, que c'est toujours comme noir devant toi, cela ne donne rien d'être là. Le peu de santé que j'ai, je suis contente de l'avoir. C'est pour cela que je te dis que c'est important.

Pourquoi les gens dans le quartier ne sont-ils pas en bonne santé ?

Beaucoup de gens dans le quartier ne sont pas scolarisés. Il y a beaucoup de gens qui n'ont pas été à l'école, qui ont lâché très jeune l'école, ou qui n'ont pas fini leurs études secondaires parce qu'ils ne voulaient rien savoir de l'école. Aussi, si tu n'as pas fini l'école, tu n'as pas de place. Tu n'as pas beaucoup de job. Tu sais, moi j'ai toujours eu des difficultés à l'école. Je n'étais pas bonne à l'école, mais j'ai toujours aimé l'école. C'est cela qui m'a aidé. Bon, j'ai quand même arrêté jeune. Mais quelqu'un qui n'aime pas l'école, qui lâche l'école quand il est jeune, il aura de la difficulté pour se trouver un emploi convenable. Et puis, aujourd'hui si tu travailles avec le salaire minimum, tu ne vas pas loin avec cela. Il faut que tu aies ta passe d'autobus à payer, tes lunches. À la fin, il ne reste plus grand-chose sur ta paie non plus. Comment veux-tu que les gens aient une santé ? Ils n'ont pas plus. Il faut aussi qu'ils payent leur loyer. Si tu as un loyer de 500 \$, il faut que tu payes ton loyer de 500 \$, même si tu travailles et que tu gagnes huit dollars de l'heure. À huit dollars de l'heure, si tu vis dans le logement d'une coopérative comme moi, tu peux arriver à finir ton mois. Mais, une personne qui vit dans un logement qui appartient à un propriétaire privé, il ne peut pas y arriver. Ce qui fait que c'est sûr que le moral, même si tu travailles cinq jours par semaine, ne file pas, car il ne te reste presque rien dans tes

poches par après. Tu sais, si tu veux te faire plaisir ou acheter quelque chose que tu veux de temps en temps, tu ne peux pas te le permettre. Un moment donné, la personne finit par capoter. Elle finit par tomber malade, car malgré tous les efforts qu'elle fait - surtout à huit dollars de l'heure - tu risques d'être mis dehors si tu ne travailles pas à ton 100 %. Si tu ne fais pas ce que l'on te demande, on te met dehors. Ce qui fait que le jeune qui doit travailler doit travailler fort. Et en plus, tu n'as pas à la fin quelque chose pour t'offrir un petit peu de plaisir avec ta paie. C'est clair que la santé en prend un coup. Moi, c'est de même que je le vois.

ENVIRONNEMENT - SANTÉ

Pensez-vous qu'il y a un lien entre l'environnement et la santé ?

Pour moi, les deux vont ensemble. Déjà là, nous on n'a pas un bon environnement. L'air n'est pas pur. Avec tout ce qu'il y a autour maintenant, et tout ce qu'il y a dans la rue comme les autos. À la Pointe, il y a beaucoup d'autos. Les gens ne savent même plus stationner parce qu'il y a trop d'autos. Cela n'aide pas au niveau de la santé. Cela n'aide pas ! Avant dans le temps, quand j'étais jeune il y avait plein de compagnies. Les gens travaillaient. Ils rentraient dîner chez eux. Ils n'avaient peut-être pas un bon salaire, mais ils arrivaient pareils. Mais, les gens aujourd'hui, on dirait qu'ils veulent plus que ce qu'ils ont. Donc moi, je vois toujours les deux. L'environnement est toujours pollué. Partout où tu vas aller, tu n'as pas de l'air qui est bon. Tu n'as pas d'air pur. Tu n'as rien. Tout cela joue sur ta santé. À la campagne, tu as de l'air pur. Cela va bien. Tu vois d'ailleurs que le monde est souvent moins malade à la campagne que dans le quartier ici. C'est plate à dire, mais on n'a pas un bon environnement dans le quartier pour avoir une bonne santé. Aussi, c'est parce que les gens ne font pas attention à l'environnement. Pour moi, les deux vont ensemble. L'un amène l'autre. Un bon environnement amène la santé par après. Cela veut dire que si tu as un bon environnement, que tout va bien, que tout est propre, que cela sent bon, tu risques d'être moins malade. Mais un environnement qui est sale - comme quand tu passes ici près de certaines maisons, je me demande parfois comment les gens peuvent vivre là-dedans - va toucher ta santé. Mon frère, il habite un logement privé. Il y a de la moisissure dedans. C'est sûr qu'il risque d'être malade à cause de la moisissure. Il risque de faire de l'asthme. C'est ça. L'affaire des maisons, c'est que les propriétaires n'en prennent pas soin non plus. Si les gens ne prennent pas plus soin de leur logement en plus, c'est sûr que cela risque de les rendre encore plus malades. Encore là, il y a la pollution dans la maison joue sur ta santé. L'air qui circule dans la maison, c'est important aussi. Si ce n'est pas propre, si c'est sale, cela n'aide pas pour ta santé non

ENVIRONNEMENT

plus, que ce soit pour ta santé physique ou ta santé mentale. Toujours vivre dans un environnement tout croche joue à la fin sur ta santé.

Comment définiriez-vous l'environnement ?

Comment je définirais l'environnement ?... [Silence]... Ce sont les espaces verts. Et là, je pense que l'on devrait avoir plus d'espaces verts dans le quartier. Ce serait bien aussi d'avoir moins de pollution.

QUARTIER - SANTÉ

Est ce qu'il y a des choses que vous trouvez favorables pour votre santé dans le quartier ? Des choses qui sont bonnes pour votre santé ?

Il n'y a pas grand-chose de bon.

[Fin de la première face de la cassette]

Moi, je vois l'environnement comme quelque chose de pur. Ici, tu te promènes, et tu vois comme ombragé. Tu sais, entre vivre à la campagne et vivre à la Pointe, il y a une méchante différence. Quand tu vas à la campagne, c'est clair. Il y a des autos. Mais, il n'y en a pas autant qu'à la Pointe, maintenant. Ici à la Pointe, je ne sais pas combien de voitures il y a par famille des fois. Mais, cela n'aide pas à la qualité de l'environnement. Moi, je trouve qu'il faudrait avoir de l'air pur, beaucoup d'espaces verts et un quartier bien nettoyé. Parce que si ce n'est pas bien nettoyé, cela n'aide pas plus à avoir un bon environnement et cela n'aide pas pour ta santé. Moi, l'environnement je le vois de même. C'est de l'air pur avec une propreté partout où tu vas, et des espaces verts. Et puis, il faut aussi que cela soit bien traité. Il faut qu'on ne mette pas des produits chimiques. Des fois, la Ville nettoie les espaces verts et ils mettent des produits chimiques. Cela n'aide pas non plus à l'environnement. Il faut essayer l'écologie. Je trouve cela important pour avoir un bon environnement. L'écologie, c'est tout ce qui est naturel et qui n'est pas chimique.

Quels changements faudrait-il apporter dans le quartier pour améliorer la santé des gens ?

Pour cela, il faudrait que les gens se mettent tous ensemble et qu'ils décident de faire quelque chose pour leur quartier, comme nettoyer tout le quartier. Il faut qu'on le fasse nous-mêmes. Et puis, il faut dire que c'est important pour la santé que ce soit propre. Ici, il y en a qui se foutent de tout. Mais, si on avait un petit groupe d'une dizaine de personnes qui tiennent beaucoup à l'environnement et à la santé, et qui se disent par exemple qu'ils vont aller faire une marche sur la piste cyclable... C'est bon pour la santé. Oui, marcher

c'est bon pour ta santé. On pourrait faire des activités avec des groupes. Tu sais, ici dans le quartier il y a aussi le bord des Anglais et le bord des Français. Cela a toujours été de même. Si du bord des Anglais, ils décidaient de nettoyer leur quartier et que nous autres du bord des Français on décidait de faire la même chose, cela aiderait un petit peu plus à la santé morale, mentale et pour la santé en général. Mais, on ne risque pas d'avoir cela ici. Les gens ne sont pas... Il n'y a pas tellement de gens qui sont... Il n'y a pas beaucoup de gens qui croient à la santé au niveau de l'environnement. Je suis sûr qu'il n'y en a pas beaucoup qui croient à cela... [Silence]... J'ai une tante qui habite dans le quartier et qui ne fait pas de recyclage. Pourtant, je lui ai déjà dit que c'était important pour l'environnement. Je lui ai dit que ça peut avoir des effets sur la santé. Eh bien non. Tu sais, il y a bien des gens comme ça ici dans le quartier, des gens pour qui l'environnement ne joue pas sur la santé. Mais, avec des gens comme ça, on n'avancera pas. C'est vrai que ma tante n'est pas jeune. Mais, elle a ses enfants. Ses enfants ne font pas de recyclage. Ils habitent dans le quartier. Cela fait que... Qu'est-ce que tu veux faire avec cela ?

TERRAINS CONTAMINÉS

[Question posée, car je m'étonne qu'elle n'ait pas parlé du sujet]

Au fait, est-ce qu'il n'y a pas dans le quartier une problématique particulière liée aux terrains contaminés ?

Oufff... Oui. C'est vrai. Il y a beaucoup de terrains contaminés. Entre autres, là où moi j'habite, les gens se sont battus pour faire décontaminer le terrain d'en face. Dans le temps, c'était un lieu de stationnement. Quand ils ont décontaminé, le terrain était tellement contaminé qu'ils ont dû creuser plus profondément que ce qu'ils pensaient. C'est vrai que dans le quartier il y a beaucoup de terrains qui sont pollués. Beaucoup ! Je pense que pour la plupart des terrains, ils sont obligés de faire une dépollution. Ils sont obligés de dépolluer les terrains avant de construire. La plupart de tous les terrains sont pollués et cela m'inquiète. Même après, est-ce que l'on sait si le terrain est à 100 % dépollué ? Je pense qu'on ne le sait pas. On peut savoir qu'il n'y a plus de danger, plus de contamination de la terre. Mais, est-ce qu'on peut être sûr à 100 % ? Je pense qu'on ne le sait pas. On prend ce que la Ville nous dit.

LOGEMENT - SANTÉ

Quelles sont les choses positives pour votre santé dans votre logement ?

Chez moi, c'est clair. Il y a plein de soleil qui rentre dans mon logement. La lumière du soleil aide beaucoup. Moi, je préfère l'hiver que l'été. C'est drôle, mais j'ai plus de

difficultés en été. J'ai une belle clarté qui rentre dans la maison. C'est assez clair le jour. Le soleil, je l'ai le matin à l'arrière et l'après-midi en avant. Tu sais, c'est toujours bien éclairé chez moi. Le soleil est toujours là. Il rentre dans ma chambre. Puis... [Silence]... C'est sûr que mon ménage s'il n'est pas fait, ça n'aide pas pour ma santé. Mais c'est sûr que quand je nettoie mon logement, c'est propre. Cela m'aide énormément. Je n'ai pas de plante dans mon logement parce que j'ai mon chat. Mon chat mangerait mes plantes. Mais, j'avais des plantes avant d'avoir mon chat. Puis, en mettant du positif [pensées positives] dans la maison, cela me tient en santé.

Est-ce qu'il y a des choses qui sont mauvaises pour votre santé dans votre logement ?

Non. Non. À part évidemment la pollution qui rentre de l'extérieur. Sinon chez moi, tout est beau. Il n'y a rien qui peut être vraiment méchant pour ma santé. J'entretiens mon logement en le nettoyant justement pour qu'il n'y ait pas de problème.

Est-ce qu'il y a des choses que vous voudriez changer dans votre logement pour améliorer encore votre santé ?

Heu... Il y a une affaire que j'aurais aimé changer. Je l'ai demandé plusieurs fois, mais cela n'a pas marché. Dans mon logement, j'ai des portes françaises qui ouvrent par dedans. Et moi, je n'ai pas de fenêtre qui donne dans ma chambre. J'ai des portes françaises et j'ai mes patios. Ce qui fait que quand il pleut, si je ferme la porte je n'ai plus d'air. Et cela n'est pas bien bon pour ma santé. Je dois tout fermer là. Je n'ai pas le choix. Si j'avais une fenêtre dans ma chambre, je pourrais laisser la fenêtre un peu ouverte et j'aurais au moins un peu d'air qui rentre. Ce serait de l'air pollué, mais ce serait de l'air pareil. Ça, j'aurais aimé avoir cela. Parce qu'avoir de l'air aide pour la santé. C'est la seule affaire chez moi.

L'air, c'est quand même quelque chose d'important pour ma santé même s'il est pollué. Au moins, je peux respirer. Imagine un peu quand tu es obligé de tout fermer l'été et qu'il fait humide, tu finis par étouffer. Tu dégouttes sans rien faire parce que tu n'as pas d'air. Je trouve que c'est important d'avoir de l'air dans une maison. Puis, maintenant avec les changements climatiques c'est de plus en plus pire l'été. Ce qui fait que cela va être pire chez moi, à moins que je ne m'achète un appareil d'air climatisé pour avoir de l'air frais. Mais encore là, ce sont des dépenses. Et puis, ce n'est pas très bon non plus. Si c'est froid dans la maison, dès que tu sors dehors c'est chaud. Tu risques donc d'être malade. Cela

fait que j'essaye de vivre avec l'air de l'extérieur, même s'il est pollué, sans avoir à m'acheter un appareil d'air climatisé.

Moi, je n'en ai pas chez moi...

Un moment donné, il va falloir que tu en achètes un parce que tu vas vraiment avoir très chaud. Cette année d'ailleurs, ils annoncent que ça va être encore pire que les autres années. Moi, je ne supporte pas la chaleur et l'humidité.

QUARTIER DE RÊVE

Est-ce que vous pouvez me décrire le quartier de vos rêves ?

Le quartier de mes rêves ? « Oh my god ! » Le quartier de mes rêves, ce serait un quartier tranquille où tout le monde est capable de se parler. Un quartier où il n'y a pas de violence. Un quartier où il y a de la verdure. Un quartier où les gens feraient attention à tout. Un quartier où sur toutes les maisons il n'y aurait pas de graffiti. Un quartier propre. Il me semble que ce serait cela un quartier où j'aimerais habiter. J'aimerais vraiment qu'il y ait quelque chose de beau dans le quartier et que le monde fasse attention. Mais maintenant, il y a aussi beaucoup d'immigrants qui habitent dans le quartier. Je pense que cela s'en vient de plus en plus. Un moment donné, on va devenir minoritaire. Les Français [francophones] et les anglophones vont devenir minoritaires. Moi, mon rêve c'est un quartier vert, avec toutes les rues propres. Un quartier où tu peux vraiment respirer en paix. Un quartier avec des maisons où il n'y a pas de graffitis. Tu sais, un quartier où tous les gens sont capables de s'entraider. Ça, ce serait le quartier de mes rêves à Pointe-Saint-Charles. Un peu comme quand on était jeune.

LOGEMENT DE RÊVE

Et quel serait alors le logement de vos rêves ?

C'est mon chez-moi. J'ai un beau logement et puis je n'ai pas envie de quitter mon logement.

SI ÉLUE MUNICIPALE...

Si demain, vous étiez élue au Conseil municipal, que feriez-vous pour améliorer le quartier ?

[Rires]... Je n'aimerais pas devoir décider. Mais, si j'étais élue au Conseil municipal, je serais sévère, honnêtement, pour les gens qui ne prennent pas soin de leur territoire. Je serais très très sévère par exemple pour les gens qui ont des animaux et qui ne ramassent pas les déchets de leurs animaux. Moi, j'agis au lieu de parler et de ne pas agir. Moi, j'agis tout de suite. Je donnerais des contraventions. Je ferais tout aussi pour garder nos espaces verts au lieu de construire des maisons sur des terrains vacants. Je laisserais

des espaces verts s'ils sont beaux au lieu de construire dessus. Puis, je ne couperais pas les arbres. Souvent, ce sont les arbres les plus vieux qu'ils coupent. Moi, je ne ferais pas couper les arbres, à moins qu'il soit bien malade. Mais, en dehors de cela, je ne les ferais pas couper. Mais, je serais sévère pour les amendes. Il y en aurait beaucoup des amendes. On se ferait beaucoup d'argent juste avec les amendes. Je serais vraiment sévère si j'étais élue municipale.

Que feriez-vous pour améliorer la santé des gens dans le quartier si vous étiez élue au Conseil municipal ?

J'essaierais de donner plus... Si j'avais les moyens, au lieu de bâtir des condos, je bâtirais des coopératives de logements pour les gens. Je donnerais plus d'argent aussi aux structures de santé, aux organismes pour la santé. Je donnerais plus d'argent aux organisations communautaires pour aider plus les gens à avoir une meilleure vie, une meilleure qualité de vie.

Mais, c'est quoi pour vous la qualité de vie ?

On parle de qualité de vie si quelqu'un aime sa journée. On parle aussi de qualité de vie si la personne a quelque chose de bon à manger. C'est ça une bonne qualité de vie.

Si j'étais élue, je donnerais beaucoup plus aux citoyens et citoyennes. Je penserais plus à eux autres, dans le sens « famille » et « personne seule » aussi. Il faut savoir que les personnes seules sont souvent délaissées et il y en a beaucoup dans le quartier. C'est plus les personnes avec des enfants qu'on va aider. Les personnes seules sont plus délaissées que les personnes qui ont une famille ou qui sont familles monoparentales, ou les personnes âgées. Je m'arrangerais pour que les personnes seules, comme moi, aient une meilleure qualité de vie. Ce serait les gens qui passeraient avant. J'aiderais les groupes qui peuvent aider les gens pour améliorer la santé physique, mentale et tout. J'aiderais ces organisations-là, au lieu de mettre l'argent dans les airs. Je pense à tous les millions qu'ils ont mis un moment donné pour le stade [olympique] et dans d'autres affaires où ils ont gaspillé des millions. Je penserais d'abord au quartier. Je ne ferais pas faire des statues dans les parcs, comme ils ont fait dans le parc Bourgeois. Je trouve que cela fait dur, et c'est de l'argent gaspillé. Ça n'a pas d'allure. Je ne sais même pas ce qu'elles représentent ces statues-là. En tout cas, elles ne représentent pas grand-chose pour le quartier. On a mis de l'argent pour rien. Je trouve que l'on ferait mieux de faire autre chose. Moi, je n'aurais jamais fait cela. Je me serais peut-être plus organisée à faire des

jardins pour ceux qui aiment cela. Avec des jardins, les gens peuvent avoir des fruits et des légumes frais au lieu de manger toujours des légumes en cannette. Ou alors, les gens ne peuvent pas se payer des légumes frais parce que c'est trop cher. Moi, je ferais cela. Je mettrais de l'argent là-dedans. Je ferais beaucoup plus de jardins communautaires. Et puis, je les rendrais disponibles beaucoup plus pour les gens qui n'ont pas beaucoup d'argent, qui veulent vraiment s'impliquer là-dedans, qui aiment cela. Oui, je créerais beaucoup de jardins communautaires. Il y a beaucoup de place où c'est vide. Au lieu de faire des condos, on pourrait faire des jardins communautaires là-dedans. Moi, je ferais cela pour ceux qui aiment cela. Mais pas pour moi ! Non. J'encouragerais les gens. Mais moi non. Je n'aime pas jardiner. C'est sûr que moi je n'aurais pas de jardin communautaire.

Avez-vous d'autres choses à ajouter ?

Non. Je pense avoir dit l'essentiel. Mais, je trouve que certaines de tes questions sont difficiles. C'est beaucoup la même chose, mais différemment. Ce qui est le fun avec toutes tes questions, c'est que je suis obligée de réfléchir plus. Je dois réfléchir et penser. C'est ça... Cela a quand même bien été. Je suis contente d'avoir pu participer à cette entrevue.

Je prévois de faire une entrevue de groupe. Ce sera sans doute en septembre. Ce sera un groupe de quelques personnes pour échanger sur le même sujet. Est-ce que cela vous intéresse de participer ?

Oui.

[Je note le nom. Je lui demande si elle connaît d'autres personnes qui répondent aux critères et lui propose d'en parler autour d'elle et de leur demander de me joindre par téléphone]

Merci beaucoup pour cette belle rencontre !

APPENDICE 5 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS – POINTE-SAINT-CHARLES (MONTRÉAL - QUÉBEC)

Introduction :

Au cours de la lecture des discours de nos répondants, les idées principales rencontrées ont été notées afin de dégager progressivement les divers thèmes ainsi manifestés. Avec le temps et la relecture des verbatims, des regroupements ont été élaborés aboutissant en fin de compte à mettre en évidence les principaux éléments de représentation que nous classons par catégories. Ces éléments de représentations sont présentés et illustrés dans la partie A du chapitre 5 de ce document.

Lors de notre entrevue de groupe¹⁰⁹, nous avons fait la synthèse des résultats. Dans les tableaux ci-dessous, nous ne reprenons que les éléments qui ont suscité des commentaires complémentaires ou nouveaux.

I.a Éléments de représentation du quartier

Catégories	Principaux éléments de représentation	Françoise	Sylvie	René	Marie-Josée	Lise	Gilles	Normand	Jacques	Michel	Marc	Groupe
Généralités sur le quartier	C'est important.	•	•		•		•					
	C'est beau ; c'est bien.		•	•	•		•	•		•		•
	C'est tranquille.	•					•	•			•	
1. Identité partagée												
Sentiment d'appartenance	On se ressemble.				•		•	•				•
	On est ensemble.	•			•	•			•			•
Socialité	On se connaît (tous)	•	•		•					•		•
	On se parle.		•	•	•		•	•				•
	On s'aide ; on s'entraide.	•	•	•	•		•			•		
	C'est convivial.					•				•		
	On s'entend tous : complicité entre nous.				•	•						

¹⁰⁹ Les personnes suivantes ont participé à l'entrevue de groupe : Sylvie, Marie-Josée, Lise et Jacques.

APPENDICE 6 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS – LE QUARTIER DE LA SAMARITAINE (BRUXELLES – BELGIQUE)

Introduction :

Nous avons utilisé la même démarche que pour l'analyse des données recueillies dans le quartier de Pointe-Saint-Charles. Les éléments représentationnels de l'environnement, de la santé et des liens entre les deux chez les personnes défavorisées du quartier de la Samaritaine sont regroupés par thème dans les tableaux ci-dessous. Ils sont présentés et illustrés dans la partie B du chapitre 5 de cette thèse. Certains éléments peuvent figurer dans plus d'un tableau. Cela reflète la complexité de la réalité phénoménologique étudiée.

Lors de notre entrevue de groupe, nous avons présenté la synthèse des résultats d'entrevue aux participants en vue d'en discuter avec eux. Dans les tableaux ci-dessous, nous ne reprenons dans la colonne « Groupe » que les éléments qui ont apporté des données complémentaires aux entrevues individuelles ou qui ont généré de nouveaux éléments de discussion.

Ces tableaux permettent aussi de mettre en évidence un discours similaire entre certaines personnes (par exemple : Nicole et Jacqueline qui se connaissent depuis longtemps et se rencontrent régulièrement ; elles se considèrent comme des amies).

I.b Éléments de représentation du quartier

Catégories	Éléments de représentation	Groupe										
		Nicole	Ginette	Mariette	Gérard	Jean	Louis	Jacqueline	Véronique	Monique	Pierre	
Généralités sur le quartier	Le quartier est important.	●		●			●		●		●	●
	Le quartier est historique.	●				●	●	●				●
1. Identité sociale												
Sentiment d'appartenance	On est ensemble.	●						●				
Socialité	Je connais les gens ; on se connaît tous.	●		●				●			●	●
	Je parle avec les gens.	●		●				●			●	
	Les gens s'entraident, s'aident.	●								●		
	C'est convivial.	●						●				●

122 Cette phrase « synthèse » est formulée par le chercheur.

	[Sécurité] Il faudrait des lampadaires.	•								
Environnement « décor »	C'est historique.	•			•	•	•			•
	Il y a plein de touristes.	•				•				
	C'est joli ; c'est beau.	•	•				•		•	•
	On doit l'embellir (fleurs).	•	•						•	
Conduites environnementales Responsables de soi et des autres ¹²³ Responsables du quartier	Je fais des actions avec le Comité.	•					•			
	Je fais du bénévolat.	•			•			•		
	On ne trie pas.	•								•
	On met les déchets dans les poubelles publiques.	•	•			•				
	Je ramasse les déjections de mon chien.	•	•	•				•		
	Je fais du recyclage.							•		

III.b Éléments de représentation autour du logement

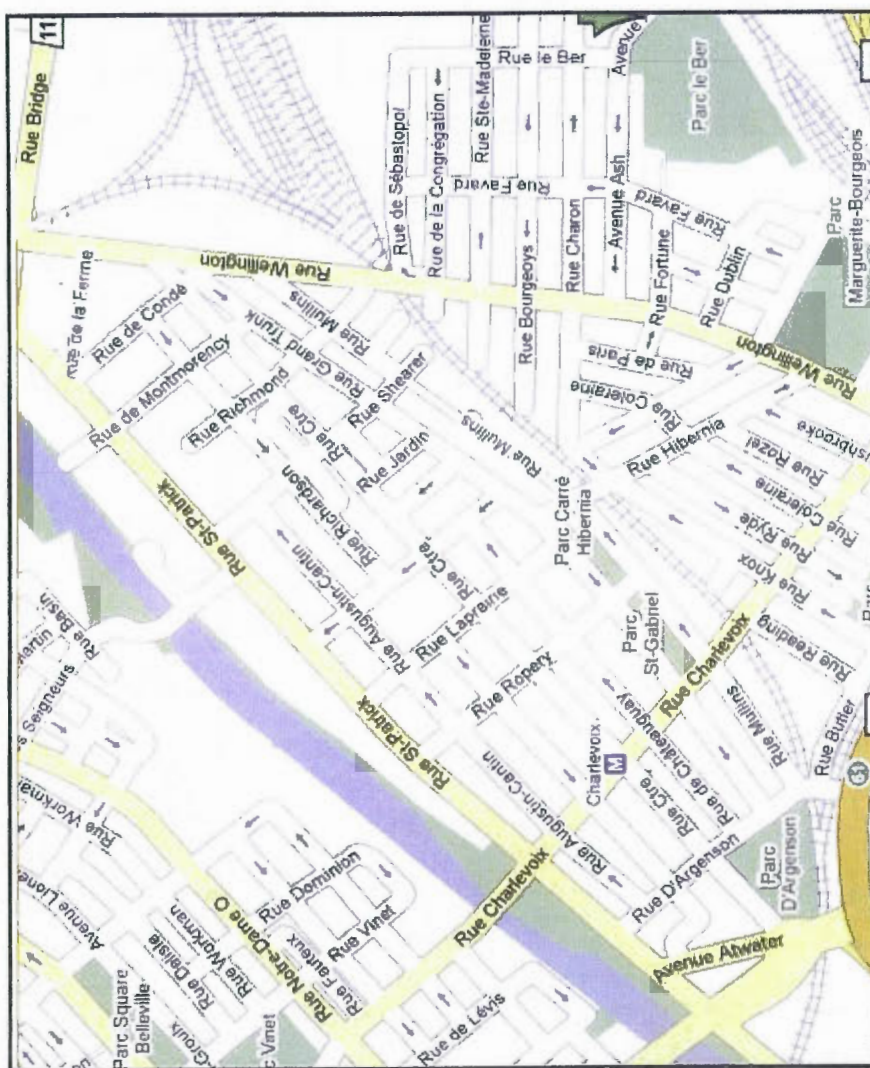
Catégories	Éléments de représentation	Nicole	Ginette	Mariette	Gérard	Jean	Louis	Jacqueline	Véronique	Monique	Pierre	Groupe
<i>Le type de logement occupé</i>												
Habitation sociale (Ville)		•	•		•	•	•	•	•	•	•	•
Logement géré par une ASBL ¹²⁴								•				

¹²³ Des éléments concernant les conduites environnementales (engagement communautaire) sont repris en partie dans le tableau « I.b Représentations du quartier - 2 : Ressources communautaires » ainsi que dans la partie environnement « problème » de ce tableau.

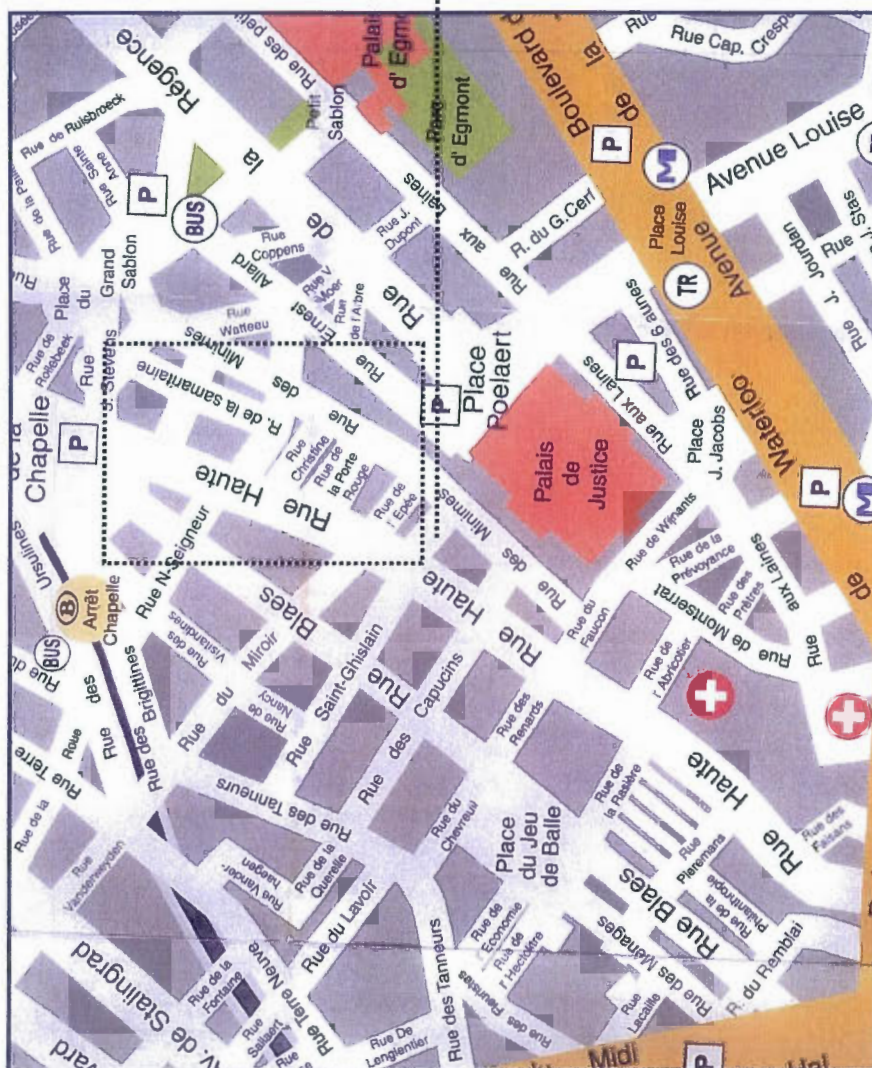
¹²⁴

IV.b Éléments de représentation de la santé

Catégories	Éléments de représentation	Nicole	Ginette	Mariette	Gérard	Jean	Louis	Jacqueline	Véronique	Monique	Pierre	Groupe
Généralité sur la santé	Domaine vaste		●						●			
	La santé, c'est important ; c'est primordial.	●	●		●	●		●	●			●
	Vivre, aimer vivre.	●			●	●			●			
	Avoir un bon équilibre de vie.				●							
	Vivre sans être à l'hôpital.				●							
Santé Bien-être ou mal-être physique	Avoir tout qui fonctionne bien [membres].										●	
	Être autonome, être fonctionnel.			●	●						●	
	Être en (pleine) forme physique.		●			●				●		
	Se sentir bien dans sa peau.					●		●		●		
	Ne pas avoir de douleur.	●				●		●		●	●	
Santé Bien-être ou mal-être psychologique	C'est un équilibre psychologique.				●			●			●	●
	C'est se sentir bien avec soi même.				●	●		●	●			●
	C'est être bien dans sa tête.				●			●	●			
	C'est pouvoir s'épanouir.				●				●			
	C'est ne pas être stressé, angoissé, nerveux.	●		●		●				●		
Santé - Maladie	La santé, c'est ne pas être malade.	●	●	●	●							●
	C'est ne pas prendre des médicaments.					●		●				
	Je suis les conseils du médecin.		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	Voir un médecin le moins souvent possible.			●							●	



APPENDICE 8
CARTE DU QUARTIER DE LA SAMARITAINE (BRUXELLES, BELGIQUE)



Quartier de la Samaritaine

composé de :

- Rue de la Samaritaine
- Rue du Temple
- Rue des Chandeliers
- Rue Christine
- Rue de la Porte Rouge

UNE RECHERCHE SANTÉ ET ENVIRONNEMENT

Chaire de recherche du Canada en éducation relative à l'environnement

Une invitation à collaborer

Cette recherche vise à mieux comprendre le lien entre la santé et l'environnement,
tel que le perçoivent les résidents de Pointe-Saint-Charles.

Nous souhaitons rencontrer des personnes qui

sont nées au Québec de parents québécois,
habitent dans Pointe-Saint-Charles depuis 5 ans,
ont entre 30 et 60 ans,
parlent le français,
reçoivent l'aide sociale,
n'ont pas terminé le Secondaire 5,
fréquentent la Clinique communautaire,

pour une entrevue de deux heures environ.

Merci de votre intérêt !

POUR PLUS D'INFORMATIONS ET PARTICIPER À CETTE RECHERCHE

Étienne van Steenberghe

Téléphone : 514 274 1824 (en cas d'absence, laissez vos coordonnées)

Courriel : van_steenberghe.etienne@yahoo.ca

Mieux comprendre la Pointe

Une recherche en santé environnementale dans le quartier Pointe Saint-Charles

Marlyse Hamelin
marlyse.hamelin@univmontreal.ca

Une recherche parrainée par la Chaire de recherche du Canada en éducation relative à l'environnement de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) veut donner la parole aux citoyens de Pointe St-Charles pour mieux comprendre leurs préoccupations au regard de la santé et de l'environnement, et saisir le lien qu'ils font entre les deux.

Selon les chercheurs, «le quartier de Pointe Saint-Charles projette un esprit de cohésion qui lui confère l'atmosphère d'un village. Les résidents y expriment fièrement leur apparte-

nance au territoire en se disant de 'la Pointe'. Certains disent même : 'On est comme une grande famille'», explique Étienne van Steenberghe, docteurant à Université du Québec à Montréal.

«Ce sentiment d'appartenance - particulièrement marqué - s'explique en partie par les liens qui existent entre les habitants, mais aussi par la présence de nombreux organismes sociaux, qui offrent des lieux de rencontre, d'écoute et des services pour aider les personnes en difficulté», poursuit le chercheur.

Par ailleurs, Pointe St-Charles étant historiquement marqué par son passé indus-

trielle et la fermeture de nombreuses usines, plusieurs sites sont aujourd'hui abandonnés et certains terrains sont contaminés. Le chercheur estime donc louable de se poser des questions sur l'influence qu'ils peuvent avoir sur la santé et la qualité de vie des habitants. Le rapport annuel de la Direction de la santé publique de Montréal (1998) confir-

mait d'ailleurs l'interdépendance entre l'état de santé, la qualité de l'environnement et la précarité des personnes.

Au delà du discours, il s'agira pour les chercheurs de réfléchir avec des intervenants sur des stratégies d'intervention qui visent

l'amélioration des conditions de santé environnementale dans le quartier.

L'équipe de recherche voudrait prendre contact avec des personnes adultes, âgées de 30 à 60 ans, nées de parents québécois, qui habitent le quartier depuis plusieurs années, qui n'ont pas terminé leurs études secondaires et qui touchent l'aide sociale.

Si vous répondez à ces critères de sélection et si vous êtes intéressés à participer et/ou si vous souhaitez obtenir plus de renseignements, vous pouvez contacter Étienne van Steenberghe au 514-274-1824 ou écrire à van_steenberghe.etiienne@yahoo.ca.

(Journal hebdomadaire : La Voix Populaire, vol. 67, n° 46, dimanche 18 novembre 2007)

APPENDICE 11
LISTE ALPHABÉTIQUE DES PRINCIPAUX ORGANISMES
OEUVRANT DANS LES QUARTIERS CIBLÉS

A. QUARTIER POINTE-SAINT-CHARLES

Organisations	Objectifs poursuivis
Carrefour d'éducation populaire	Offrir un lieu d'apprentissage, de réflexion, d'information, de discussion et d'échange pour améliorer les conditions de vie des personnes défavorisées.
Centre Y (YMCA) Pointe-Saint-Charles	Propose un éventail d'activités d'éducation, de socialisation et de prise en charge ; Dispose d'une toute nouvelle salle d'entraînement polyvalente.
Clinique communautaire	Offrir les services médicaux et sociaux tout en s'attaquant aux causes socio-économiques de la maladie.
Club populaire des consommateurs	Aider les personnes du quartier à s'organiser pour qu'elles trouvent des solutions qui leur assurent une meilleure alimentation.
Comité des personnes assistées sociales de Pointe-Saint-Charles	Améliorer les conditions de vie et défendre les droits des personnes assistées sociales du quartier.
Éco-quartier	Favoriser la prise en charge par les résidents du quartier de leur environnement.
Madame prend congé	Offrir un espace de rencontre et d'échange afin d'améliorer les conditions de vie.
Maison du partage d'Youville	Offrir des services de dépannage alimentaire et des activités éducatives aux personnes seules et aux familles démunies du quartier de Pointe-Saint-Charles.
Réseau des jardins collectifs	Augmenter des habitudes saines d'alimentations ; Faciliter l'accès aux aliments frais à bas prix ; Améliorer la qualité de l'environnement.
Sint Columbia House (restaurant social)	Offrir des services d'aide les personnes.

B. QUARTIER DE LA SAMARITAINE

Organisations	Objectifs poursuivis
<p>Comité de la Samaritaine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rencontre et suivi social • Restaurant social • Vestiaire 	<p>Défendre les droits des personnes démunies du quartier.</p> <p>Servir des repas sains et équilibrés chaque jour ; créer des liens entre les usagers ; rompre l'isolement de certains.</p> <p>Distribuer du linge à bas prix.</p>
<p>Maison de Quartier</p>	<p>Offrir un lieu de rencontre aux habitants ; faire émerger des projets communs</p>
<p>Maison médicale Antenne médicale de la Samaritaine</p>	<p>Offrir des soins de santé ; Répondre aux besoins des personnes en matière de santé ; Écoute et soutien moral des personnes.</p>

APPENDICE 12
RELEVÉ DES PRINCIPALES PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS
DANS LE CADRE DE CETTE RECHERCHE DOCTORALE

Publications

- van Steenberghe, E. et Deccache, A. (2010) La Charte de Bangkok : une utopie supplémentaire pour guider nos actions. Dans Étienne van Steenberghe et Denis Dt-Amand (Coord.), *La Charte de Bangkok – Ancrage pour de meilleures pratiques en promotion de la santé* (p. 14-23). Montréal : Réseau francophone international pour la promotion de la santé, collection « Partage », 2^e édition
- van Steenberghe, E. (2008). Les représentations sociales de la santé et de l'environnement : une démarche pour susciter la participation des personnes défavorisées. *La lettre de GRAINE*, 17, 12-13.
- van Steenberghe, E. (2005). Caractériser l'appartenance sociale pour de meilleures pratiques en éducation relative à la santé environnementale [en ligne]. *Éducation relative à l'environnement. Regards. Recherches. Réflexions*, 5, 121-130.
Accès : www.revue-ere.uqam.ca/vol5/V05_PDFs/EREV05_II_121.pdf
- van Steenberghe, E. et Doumont, D. (2005). *L'éducation relative à la santé environnementale en milieu communautaire. Un nouveau champ en émergence* [en ligne]. Bruxelles : Université catholique de Louvain - RESO - Unité d'éducation pour la santé, en collaboration avec la Chaire de recherche du Canada en éducation relative à l'environnement, Séries des dossiers techniques, 05-37. Accès : www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dos37.pdf

Communications

- van Steenberghe, E. ; Sauvé, L. et Deccache A. (2010). Santé environnementale et population défavorisée en milieu urbain : L'apport de la recherche sur les représentations sociales. 12^e Congrès national des Observatoires régionaux de la santé, *Territoires et santé des populations*. Centre des Congrès de Lyon (France), 9 et 10 novembre 2010. Accès au résumé : www.refere.uqam.ca/pdf/evenements/van_Steenberghe_Novembre_2010.pdf
- van Steenberghe, É. ; Sauvé, L. et Deccache, A. (2008). Santé environnementale et population défavorisée en milieu urbain : réflexions sur l'apport de la recherche sur les représentations sociales. 3^e Colloque international des programmes locaux et régionaux de santé, *Des territoires en action pour la santé de tous*. Université de Mons-Hainaut (Belgique), du 1^{er} au 4 avril 2008. Accès au résumé : www.refere.uqam.ca/pdf/evenements/van_Steenberghe_avril_2008.pdf
- van Steenberghe, E. ; Sauvé, L. et Deccache, A (2008). Clarifier les représentations sociales en matière de santé et d'environnement des populations défavorisées : un processus émancipatoires. Colloque de l'Association pour la Recherche Qualitative, *La contribution de la recherche qualitative à l'émancipation des populations négligées. Retour aux sources sociopolitiques*. Université de Mons-Hainaut (Belgique), 7 et 8 mars 2008. Accès au résumé : www.refere.uqam.ca/pdf/evenements/van_Steenberghe_mars_2008.pdf